

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO TECNOLÓGICO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

*O IMPACTO DA AIDS NAS RELAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE: O ESTIGMA, A IMPOTÊNCIA E O MEDO DA MORTE*

MYRIAM SIQUEIRA DA CUNHA

ORIENTADOR : Prof. Cristiano J. C. de Almeida Cunha

Florianópolis, março de 1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO TECNOLÓGICO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

O IMPACTO DA AIDS NAS RELAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE: O ESTIGMA, A IMPOTÊNCIA E O MEDO DA MORTE

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

MYRIAM SIQUEIRA DA CUNHA

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL

1997

MYRIAM SIQUEIRA DA CUNHA

**O IMPACTO DA AIDS NAS RELAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE: O ESTIGMA, A IMPOTÊNCIA E O MEDO DA MORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do grau de Mestre em Engenharia

FLORIANÓPOLIS, MARÇO DE 1997

MYRIAM SIQUEIRA DA CUNHA

O IMPACTO DA AIDS NAS RELAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE: O ESTIGMA, A IMPOTÊNCIA E O MEDO DA MORTE

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do
Título de "Mestre", Especialidade em Engenharia de Produção, e
aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção.



Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.

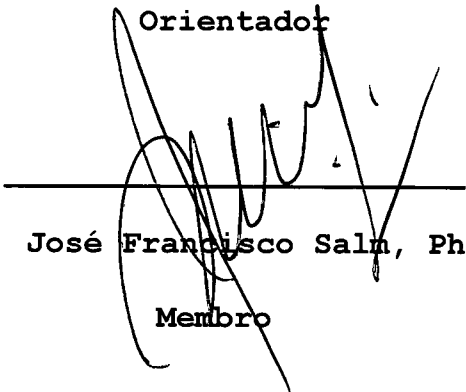
Coordenador

Banca Examinadora:



Prof. Cristiano José C. de A. Cunha, Dr.

Orientador



Prof. José Francisco Salm, Ph.D.

Membro



Profa. Tamara Benakouche, Dra.

Membro



Profa. Zuleica Maria Patrício, Dra.

Membro

Agradecimentos,

A Universidade Católica de Pelotas, pelo esforço que tem feito de qualificação dos seus professores e funcionários.

Ao hospital Nereu Ramos, através de sua direção e funcionários, que permitiram que eu pudesse realizar esta dissertação.

Ao meu orientador, por suas exigências.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
EM BUSCA DE UM REFERENCIAL TEÓRICO	
2 A AIDS/SIDA COMO UM FENÔMENO SOCIAL.....	10
2.1 História.....	10
2.2 Representação social.....	19
2.3 O estigma.....	26
3 OS HOMENS E SUAS RELAÇÕES.....	35
3.1 A natureza humana.....	35
3.1.1 Aspectos gerais.....	35
3.1.2 O homem, ser de relações.....	43
3.1.3 Concepções de natureza humana nas organizações.....	47
3.2 O fenômeno humano.....	51
3.2.1 A condição humana e a humana condição.....	51

3.2.2 A morte como o incondicional da condição humana....	56
---	----

4 IMPACTOS DA AIDS NAS RELAÇÕES SOCIAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....61

4.1 A Organização Hospitalar.....	61
-----------------------------------	----

4.1.1 Características das organizações hospitalares.....	63
--	----

4.1.2 Funções das organizações hospitalares.....	66
--	----

4.2 A AIDS e as relações sociais no ambiente hospitalar..	70
---	----

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....77

5.1 O Hospital Nereu Ramos.....	78
---------------------------------	----

5.2 Dados da pesquisa.....	82
----------------------------	----

5.3 Análise e interpretação dos dados.....	83
--	----

ESTUDO DE CASO

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....85

6.1 O impacto da AIDS nas relações entre profissionais de saúde e paciente.....	86
---	----

6.1.1 O estigma e a discriminação.....	86
--	----

6.1.2 O enfrentamento do próprio preconceito.....	89
---	----

6.1.3 A morte e a limitação da vida.....	93
--	----

6.1.4 As mudanças na própria vida.....	103
--	-----

6.1.5 O despreparo dos profissionais de saúde e a falta de suporte institucional.....	110
---	-----

6.1.6 A preocupação com a realidade do doente após a alta hospitalar.....	116
6.1.7 Síntese.....	117
6.2 O impacto da AIDS nas relações entre profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS e outros profissionais de saúde.....	119
6.2.1 Relações entre os profissionais do HNR.....	119
6.2.2 Relações com profissionais de saúde de outras instituições.....	125
6.2.3 Síntese.....	127
6.3 O impacto da AIDS nas relações entre profissionais de saúde, família e amigos.....	128
6.3.1 Síntese.....	138
 7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 140
8 QUESTÕES EM ABERTO.....	152
9 LIMITES DA PESQUISA.....	155
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	157

RESUMO

A AIDS é um dos grandes problemas sociais do mundo contemporâneo. Este fenômeno afeta diretamente a todas as pessoas e a vida das organizações, principalmente as organizações hospitalares que atendem aos doentes. A doença gera intensas reações emocionais que estão relacionadas não só à ameaça de morte, mas também à discriminação, à estigmatização e à marginalização que os pacientes podem sofrer a partir da representação social da doença. Entretanto, não só os pacientes parecem sofrer alterações emocionais devido às causas relacionadas acima, mas também toda a equipe dos profissionais de saúde que assistem esses doentes, incluindo médicos, atendentes, enfermeiros, dentre outros. Este fator contribui enormemente para alterações percebidas nos relacionamentos e procedimentos dentro das instituições de saúde que lidam com a doença. Nesta dissertação, procuro identificar os impactos da AIDS nas relações sociais dos profissionais de saúde que trabalham com os doentes, no Hospital Nereu Ramos em Florianópolis - SC, no ano de 1996. Buscando analisar as relações entre os profissionais de saúde e o paciente, entre profissionais de saúde que lidam diretamente com os doentes e os que não estão diretamente ligados a eles, e entre profissionais de saúde e suas famílias, amigos e sociedade em geral.

ABSTRACT

AIDS is one of the greatest social problems in the contemporary world. This phenomenon affects straightly all people and organizations life, mainly hospital organizations that take care of sick people. The disease generates intense emotional reactions which are related not only to death threat, but also to discrimination, to stigmatization and to marginalization that patients may suffer since the social representation of the disease. However, not only patients seem to suffer emotional alterations due to above related causes, but also all the team of health professionals who attend to these sick people, including doctors, attendants, nurses, among others. This factor contributes enormously to perceived alterations in relationships and procedures within health institutions that deal with the disease. In this dissertation, I attempt to identify AIDS impacts in the social relationships of health professionals who work with sick people. I search to analyze the relationships between health professionals and patients, between health professionals who deal directly with sick people and the ones who are not directly linked to them, and among health professionals and their families, friends an society as a whole.

1 INTRODUÇÃO

Um dos maiores sonhos do homem sempre foi dominar a natureza para poder construir uma utopia - a felicidade: garantia de imortalidade, o *paraíso perdido*. No entanto, no final do século XX, o homem, mais do que nunca, está sendo forçado a reconhecer suas limitações em poder controlar o futuro. Novos e inesperados problemas, muitos deles causados pelo que parecia ser a solução dos problemas anteriores, surgem trazendo consigo a *perda do sentimento de onipotência*, traço que o integra mais ou menos conscientemente. Por exemplo, durante este século, o mercado e o planejamento disputaram qual seria a melhor forma de construir esta utopia. Agora, percebe-se que o mercado construiu uma sociedade desigual e uma economia destrutiva (Buarque, 1995).

Este século já assistiu a grandes revoluções e realizou avanços tecnológicos sem precedentes na história, em grande escala também no campo da medicina. Mesmo com todo o avanço técnico e também graças a ele, o homem terá que enfrentar no futuro o aparecimento de *doenças novas*. Estas novas doenças surgem, em grande parte, devido à quebra do equilíbrio ecológico, à mobilidade dos seres

humanos, e até mesmo à fabricação de novas formas de vida, vírus e bactérias. "O pânico causado pela AIDS é um exemplo de como o homem do futuro enfrentará novas doenças que surgirão" (Buarque, 1995).

Em tal contexto, as questões relacionadas com a AIDS englobam, fundamentalmente, três aspectos principais: sexualidade, relações sociais e saúde pública (Andrade, 1991).

Procuro, nesta dissertação, discutir e suscitar a reflexão sobre os impactos da AIDS nas relações interpessoais, impulsionada pela necessidade de uma abordagem social do problema e dos seus reflexos na vida e nas relações das pessoas. As origens deste estudo estão nos resultados obtidos em dois trabalhos realizados anteriormente no Hospital Nereu Ramos em Florianópolis-SC. No primeiro, detectaram-se, mediante uma análise interna e externa do ambiente organizacional, mudanças no sistema biopsicossocial do hospital a partir do advento da AIDS (Proença et al., 1995). No segundo, foram analisados os impactos causados pela doença, detectando diferentes manifestações nas relações que envolvem os profissionais de saúde que trabalham diretamente com os doentes de AIDS. Basicamente, dois tipos de relações, com diferentes manifestações, foram identificadas: uma envolvendo os profissionais de saúde e o doente e outra envolvendo os

profissionais de saúde e os grupos e pessoas a eles ligados (Cunha et al. 1996).

Segundo Souza (1989), a ansiedade relacionada à AIDS, gerada de forma difusa na sociedade, está parcialmente vinculada a algumas características da doença. Desde o seu reconhecimento, o número de casos cresce de forma exponencial. Indivíduos infectados, incluindo os assintomáticos, são transmissores da doença. Na medida em que nem todos os infectados têm consciência de que são portadores do vírus, podem transmitir a doença sem saber. Soropositivos para HIV que não desenvolveram a doença se defrontam com um futuro incerto e ameaçador. Sabem que várias pessoas infectadas pelo HIV morreram de AIDS e, por vezes, ouvem especulações aterrorizantes de que a maioria, senão todos, morrerão de AIDS.

A AIDS tem sido objeto de grande divulgação, e as informações veiculadas nem sempre são adequadas. Distorções maiores na comunicação ao grande público parecem ter contribuído para a "histeria da AIDS", o que aumenta o preconceito em relação aos pacientes, seus familiares e amigos, e aos grupos sociais aos quais eles pertencem. Preconceito e discriminação que se tornaram ainda mais intensos em função da identificação de uma maior prevalência da AIDS em grupos já estigmatizados e periféricos.

A descoberta da infecção pelo HIV é capaz de gerar intensa reação emocional, e a relação médico/enfermeiro-paciente é de suma importância a partir deste momento, pois vários fatores passam a intervir nesta relação (Souza, 1989; Hanan, 1994). Em termos gerais, as possibilidades de reação emocional guardam semelhanças com as observadas em outros pacientes terminais. As reações emocionais estão relacionadas não só com a ameaça de morte, mas também com a discriminação, a estigmatização e a marginalização que muitos pacientes sofrem.

As alterações emocionais devido às causas relacionadas não atingem apenas os pacientes, mas também toda a equipe dos profissionais de saúde que os assistem, incluindo médicos, atendentes, enfermeiros, dentre outros. Este fator contribui para alterações percebidas nos relacionamentos e procedimentos dentro das instituições de saúde que lidam com a doença.

O advento da epidemia da AIDS, que hoje já se configura em escala mundial, parece trazer em seu bojo o potencial para engendrar importantes mudanças sociais. Não é a primeira vez que o surgimento de uma nova doença causa alterações tão significativas. Pode-se citar, por exemplo, os efeitos devastadores do aparecimento da sífilis no século XVI (Macrae, 1987). O surto epidêmico que ora atinge a sociedade foi desde seu início detectado e transformado em objeto de estudo pelas ciências biológicas e médicas, e

pelas ciências sociais. Tão importante quanto os aspectos biomédicos do fenômeno, são os impactos sociais da doença no dia-a-dia das pessoas e das organizações. Segundo tal perspectiva, é importante analisar o fenômeno com base na interpretação dos atores e no resgate do processo de construção desta realidade pela sociedade.

Como coloca Hanan (1994, p. 36), é "premente o estudo das facetas sociais que envolvem a AIDS, a fim de vislumbrar estratégias para o enfrentamento de uma doença que vem ceifando vítimas, minando valores e desafiando a humanidade".

O objetivo desta dissertação é: Determinar os impactos da AIDS nas relações sociais dos profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS em uma organização hospitalar, segundo a percepção dos grupos envolvidos.

Para encaminhar o estudo em direção deste objetivo geral foram também traçados objetivos específicos: Identificar a AIDS como um fenômeno social; caracterizar a organização hospitalar; caracterizar o homem como um ser de relações; identificar os impactos da AIDS nas relações entre; profissionais de saúde e paciente; identificar os impactos da AIDS nas relações entre profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS e outros profissionais de saúde e; identificar os impactos da AIDS nas relações entre profissionais de saúde e suas famílias e amigos.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em face de suas características, vem causando inúmeras modificações que se manifestam nos diversos planos da realidade. Como um problema de ordem mundial não pode ficar limitado a regiões ou a segmentos da população, é algo que atinge a todos, de alguma maneira.

Além disso, a própria construção social da realidade do fenômeno AIDS tem gerado inúmeras repercussões, não só em relação aos doentes de AIDS, como também em relação àqueles que estão, de algum modo, envolvidos com a doença ou o doente. Torna-se assim urgente estudar estes reflexos e suas conseqüências na vida das pessoas e das organizações.

A escolha da organização hospitalar para esta pesquisa deve-se, principalmente, ao fato de anteriormente ter sido realizado um trabalho no Hospital Nereu Ramos (HNR), onde foram analisados os impactos causados pela AIDS nas relações sociais no hospital (Cunha et. al., 1996). Este trabalho, por sua vez, nasceu de outro estudo feito no mesmo hospital, em que se verificou a grande influência da AIDS no sistema psicossocial no hospital (Proença et al., 1995).

Principalmente, o que gera interesse pelo tema, é a grande importância social que possui esta síndrome, que promete ser um dos maiores e mais graves problemas sociais do mundo contemporâneo, trazendo consigo discussões amplas

sobre questões fundamentais na vida da sociedade como: a doença, o preconceito, a discriminação, a exclusão e o medo da morte.

Além disso, existem poucos estudos que tratem o problema da AIDS do ponto de vista dos profissionais de saúde nas suas relações com o doente e também com os outros grupos dos quais eles participam, como a família, amigos e outros profissionais de saúde.

O caminho metodológico que percorro nesta pesquisa é o da pesquisa qualitativa, buscando um tratamento global e contextual do tema em estudo. Entendo que o método escolhido, segundo as revisões feitas, é o mais adequado e apropriado para responder às questões colocadas nesta dissertação, que procura fazer uma abordagem qualitativa das relações sociais numa organização de saúde.

Segundo Minayo (1993), as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tidas como construções humanas significativas.

Esta abordagem, segundo Richardson et al. (1989), justifica-se principalmente quando se procura entender a natureza de determinado fenômeno social. Além disso, afirmam que geralmente as investigações que utilizam a abordagem qualitativa são aquelas que tratam de situações

complexas ou estritamente particulares; ou ainda se justifica quando se procura analisar a interação entre diversas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, ajudar no processo de mudança de determinado grupo, e possibilitar a compreensão mais profunda do comportamento das pessoas.

Escolhi este modelo de abordagem porque me parece corresponder mais propriamente ao objeto de interesse do presente trabalho, uma vez que intento compreender uma das facetas da realidade humana vivida socialmente, o que, por si só, exige um tratamento diverso do mundo abarcado pelas ciências naturais. Conforme Minayo (1993), essa corrente se preocupa em explicar as relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum.

Minayo (1993) procura reforçar o fato de que o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo. Assim, a realidade social, que só se apreende por aproximação, é mais rica do que qualquer teoria, qualquer pensamento que se possa ter sobre ela. Isto porque o pensamento tende a dividir, a separar, a fazer distinção sobre momentos e objetos que se nos apresentam. Ao estudar-se a saúde e a doença, essas categorias denotam uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas em uma fórmula numérica ou em dados estatísticos.

Desafios têm sido colocados em todos os campos da vida. O surgimento de uma doença como a AIDS deixa todos diante de seus próprios medos e dos preconceitos difundidos pela sociedade. As organizações hospitalares vivem intimamente esta realidade, o que tem provocado a necessidade de repensar as antigas formas estáticas e padronizadas e buscar uma dinâmica de trabalho e compreensão desta realidade para além de uma visão fragmentada de mundo e de homem.

Buscando identificar os reflexos da AIDS nas relações interpessoais, proponho uma investigação teórico-empírica, orientada pela seguinte questão de pesquisa: quais os impactos da AIDS na vida e nas relações interpessoais dos profissionais de saúde que trabalham com os doentes, segundo os profissionais de saúde e os grupos com eles envolvidos, como profissionais de saúde que não trabalham diretamente com os doentes de AIDS, a família e os amigos.

Para responder a esta questão da maneira mais próxima da realidade e da vida dos atores que dela participam, encaminhei este trabalho no ambiente de um hospital que é referência para doentes de AIDS no Estado de Santa Catarina.

EM BUSCA DE UM REFERENCIAL TEÓRICO

2 A AIDS/SIDA COMO UM FENÔMENO SOCIAL

2.1 História

A história da AIDS, segundo Rodrigues (1988), é bastante complexa e ainda parece não estar totalmente esclarecida. Alguns dados indicam que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi primeiro identificada em 1979, nas cidades de Nova Iorque e Los Angeles, nos Estados Unidos. Em 1981, o *Center for Disease Control* (CDC) de Atlanta, Georgia, nos Estados Unidos, levou ao conhecimento da comunidade científica internacional o aparecimento de uma nova doença que acometia homossexuais jovens masculinos, provocando severa imunodepressão. Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a denominação de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA), criada pelo CDC em 1982.

Esta patologia é considerada uma síndrome pelo fato de que as manifestações que podem acometer os indivíduos

incluem diversas infecções oportunistas e até mesmo anomalias neurológicas e outras enfermidades malignas.

Casos semelhantes foram noticiados não só nos Estados Unidos, mas também na Europa. O rápido aparecimento de novos casos mostrou que se estava diante de uma epidemia em expansão (Marin et al., 1991). Desde então, o número de casos tem crescido assustadoramente, assumindo caráter bastante preocupante em várias regiões do mundo, especialmente nos Estados Unidos e na África.

Outros casos, considerados mais brandos, foram diagnosticados e relacionados como Complexo Relacionado à AIDS. Neste quadro os indivíduos apresentavam linfadenopatia persistente e generalizada, febre, sudorese noturna, fadiga e perda de peso. Alguns desenvolviam a doença e outros não. Em seguida, verificou-se que a AIDS não estava restrita a grupos homossexuais ou bissexuais, sendo logo identificada em usuários de drogas endovenosas, hemofílicos, parceiros heterossexuais de pessoas contaminadas e receptores de sangue ou derivados em transfusões (Marin et al., 1991).

Assim, estudiosos começaram a acreditar que a AIDS era uma doença transmissível e passaram a tentar detectar o agente etiológico e a especular sua origem (Marin et al. 1991).

Em 1986, o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus adotou oficialmente o nome HIV (vírus da imunodeficiência

humana) para designar o retrovírus responsável pela etiologia da AIDS. "O vírus tem sua informação genética codificada em RNA e utiliza a enzima transcriptase reversa para 'copiar' seu genoma em DNA, permitindo sua integração ao DNA celular hospedeiro, levando à sua replicação. A população celular preferencialmente afetada e destruída é a de linfócitos T auxiliares, que possui em sua membrana o antígeno T4 (CD4), o qual, curiosamente, funciona como receptor para o vírus. Dentre as células do sistema imune, linfócitos B ativados e monócitos também podem ser infectados pelo HIV" (Mendes, 1987, p. 3).

A AIDS é apenas a ponta de um *iceberg* (CDC, apud Grady, 1989). Grande parte das pessoas infectadas com o vírus são assintomáticas, e muitas podem não saber que estão com o vírus. Muitas delas eventualmente desenvolverão a doença (Grady, 1989).

A chamada epidemia global da AIDS é dinâmica e em evolução. É composta de milhares de epidemias menores e complicadas, e seus grandes impactos ainda estão por vir. Em 1992, havia 12,9 milhões de pessoas no mundo infectadas pelo HIV. Cerca de 21% desenvolveram a doença, e destas, mais de 90% morreram (Parker et al. 1993).

O Brasil apresentava até 1988 o quarto maior número de casos de AIDS notificados no mundo, superado apenas pelos Estados Unidos da América, França e Uganda. Considerada em proporção à população, a incidência no país situava-se,

naquele ano, além da 40ª posição (Rodrigues, 1988). As primeiras ocorrências foram identificadas, em 1982, nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, onde registraram-se respectivamente um e quatro casos. Em 1983, foram identificadas 31 ocorrências; em 1986, notificaram-se 867 casos; em 1987, o número de casos se elevou para 1068 e até julho de 1988 diagnosticaram-se 914 novos casos (Rodrigues, 1988).

Desde os primeiros casos confirmados em 1982 e 1983, a rápida disseminação da infecção pelo HIV e AIDS no Brasil tem se tornado cada vez mais evidente. Em 1986, o total de casos notificados da doença no país já havia ultrapassado o número identificado em países como o Haiti. Desde então, mesmo com o número crescente de registros nos países da África Central, o Brasil tem ocupado um dos primeiros lugares na lista dos países que notificaram casos à OMS. Até meados de 1993, após mais de uma década de expansão sem acompanhamento, a epidemia espalhou-se por todas as regiões e Estados do país, tendo sido relatados ao Ministério da Saúde 37.039 casos até 1993 (Parker, 1994). Já em 1994 os dados estatísticos demonstravam uma estimativa de 1 milhão de casos, e a projeção para o ano 2.000, no Brasil, é de 4 milhões de portadores do vírus HIV (Guarienti, 1995).

Até março de 1997, foram registrados 103,2 mil casos de AIDS no País, embora o Ministério da Saúde calcule que haja pelo menos 140 mil pessoas com a doença, devido a

subnotificação. Com a distribuição gratuita do coquetel usado para combater a doença, pela rede pública, muita gente que escondia ser portador da AIDS resolveu aparecer (Falcão, 1997b).

Dos 94,9 mil casos de AIDS registrados até novembro de 1996, 20,7 % tinham como origem da contaminação o uso de drogas injetáveis. Cerca de 60 % dos portadores do vírus da AIDS (HIV) em cidades como Salvador (BA), Itajaí (SC) e Santos (SP) foram infectados com seringas compartilhadas (Falcão, 1997a).

Para Langone e Vieira (1995), no início dos anos 80, a AIDS era apenas uma doença relacionada com o "enfraquecimento misterioso" do sistema imunológico, com ocorrências de infecções oportunistas. Naquela época, havia dificuldades para excluir outras causas, e, instalada a doença, podiam ser combatidas somente as infecções oportunistas.

Atualmente, o quadro da síndrome já inclui cerca de 26 doenças associadas, como a tuberculose pulmonar e a pneumonia recorrente. É considerada doente a pessoa que possui baixa contagem de células de defesa, que são atacadas pelo vírus (Langone e Vieira, 1995).

Com relação à contaminação, no início dos anos 80, eram considerados grupos de risco, principalmente, os homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, haitianos e receptores de transfusão de sangue. Hoje, cada

vez mais pessoas, especialmente mulheres, são contaminadas em relações heterossexuais, não apenas nos países desenvolvidos mas, também, nos países em desenvolvimento, como o Brasil. É considerado alto o risco para homossexuais masculinos, receptores de transfusão sanguínea, usuários de drogas, filhos de mulheres portadoras e todas as pessoas sexualmente ativas (Langone e Vieira, 1995).

A ignorância inicial sobre a transmissão provocou certo pânico, o que diminuiu com o avanço dos estudos sobre seus mecanismos. Consideram-se hoje, três formas de contaminação: o contato de sangue infectado com sangue ou com feridas abertas e mucosas; contato sexual; contaminação durante a gestação e na amamentação (Langone e Vieira, 1995).

Para Langone e Vieira (1995), apesar de ter sido descoberta há mais de dez anos, a AIDS ainda permanece causando medo e às vezes pânico entre profissionais de saúde que eventualmente se vêem diante de um portador do vírus. Porém, como se trata de uma doença transmissível, mas não contagiosa, e tendo sido definidos os meios de transmissão do vírus causador, já existem hoje melhores condições de lidar com os portadores do vírus, tanto doentes quanto assintomáticos.

A esse respeito, Ramos (1989) coloca que, embora o risco de infecção pelo HIV em indivíduos da equipe de saúde seja baixo, ele não é totalmente desprezível. Todavia, o

contágio se dá de forma bastante restrita e em condições bem definidas. Não há, segundo o autor, descrição na literatura internacional de casos de contaminação por convívio social. Os casos de contaminação de profissionais de saúde, teoricamente, podem ocorrer por contato com sangue ou fluidos corporais de indivíduos infectados, seja através de ferimentos com material cortante, seja pelo contato destes fluidos ou sangue com pele não-integra ou mucosas.

Contudo, algumas pesquisas conduzidas pela Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS do Ministério da Saúde indicam que ainda existem algumas dificuldades no relacionamento entre os profissionais de saúde e os pacientes de AIDS. Elas incluem medo irracional, arrogância, recusa na prestação de assistência médica, impotência, discriminação e falta de solidariedade (Rodrigues, 1988).

Para Langone e Vieira (1995), com relação à estruturação atual das equipes que trabalham com doentes portadores de AIDS, não se tem conhecimento da existência de suporte institucional à saúde mental dos profissionais que as integram.

Nesse contexto, lidando com um problema novo, sem muitas respostas definidas além do prognóstico de incurabilidade, os membros das equipes de saúde ficam expostos a uma carga bastante acentuada de estresse. Não

estando aptos a lidar com o estresse, e sem a retaguarda que o ajude a enfrentá-lo, o profissional vai se desgastando continuamente, ocasionando, entre outros problemas, queda de motivação para o trabalho, ansiedade, problemas de comunicação na relação terapêutica e forte impacto da vivência entre doença e morte.

Adversidades, tais como a falta de medicamentos, a pobreza de instrumentos de avaliação diagnóstica e dificuldades de acesso à atualização científica, tornam o trabalho do profissional de saúde estafante pela constante sensação de frustração que não é facilmente resolvida, pois as condições que geram tal situação fogem a seu controle, resultantes muito mais da conjuntura sócio-econômico-política do país.

Langone e Vieira (1995) admitem outra fonte de estresse para o profissional da área de saúde, relacionada com pressões do grupo familiar do paciente para que o profissional dê uma resposta que não está ao seu alcance. Tal pressão, associada às características afetivas da soropositividade, e à personalidade do indivíduo, pode potencializar o estresse do profissional, já que, na maioria das vezes, ele não se encontra apto a lidar com esta situação, por não fazerem parte de sua formação conteúdos específicos de psicologia das relações humanas e de dinâmica familiar.

Assim, o profissional de saúde convive com um desgaste contínuo ao lidar com as condições ocupacionais adversas, com as variáveis sócio-econômico-afetivas da pessoa contaminada, com os conflitos subjacentes à soropositividade ou à síndrome vinculados à sexualidade e à morte, além de lidar com comportamentos socialmente não-valorizados, como o uso de drogas ilícitas, associados ao preconceito vigente (Langone e Vieira, 1985).

O convívio com essas experiências e com o doente pode prejudicar a comunicação interprofissional, na medida em que, no momento do encontro da equipe, surgirem reações de estresse que podem interferir na abertura à experiência e ao outro. Tal situação dificulta o intercâmbio de estratégias, informações e planejamento necessários para a atualização do conhecimento (Langone e Vieira, 1985).

Para Langone e Vieira (1995), o aumento da aceitação incondicional e da consideração por si são condições facilitadoras da troca de experiências, de conhecimento, de cooperatividade e motivação. Elas podem contribuir para a diminuição do temor de exposição à equipe, dando a conhecer a limitação do conhecimento de sua área de atuação ou a inabilidade pessoal para lidar com situações para as quais o profissional não teve preparo acadêmico e/ou experiência pessoal anterior. Segundo os autores, o suporte de saúde mental dado à equipe pode facilitar a diminuição dos

temores oriundos do atual estágio de conhecimento da síndrome e, especialmente, da morte.

A AIDS pode ser chamada de Síndrome Social uma vez que vários fatores da vida encontram-se afetados. Quanto maior o número de portadores sintomáticos ou assintomáticos do HIV, maior a evidência do fenômeno social que esta Síndrome representa, trazendo à tona temas carregados de tabus e preconceitos como a morte, a sexualidade, ou o uso de drogas ilícitas (Marin et al., 1991).

2.2 Representação social

A Teoria das Representações Sociais surgiu há cerca de 30 anos, tendo como marco a obra de Serge Marcovici (1961) sobre psicanálise na França. A teoria nasceu e cresceu utilizando interrogações radicais, que trazem à tona contradições e dilemas que necessitam ser respondidos. Um destes principais dilemas é a relação indivíduo-sociedade e como esta relação se constrói (Jovchelovitch, 1995).

Uma definição clássica de representações sociais é a de que elas são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e compreensão do contexto social em que vivemos. São formas de conhecimento que se

manifestam como elementos cognitivos mas que não se reduzem a estes componentes. Sendo elaboradas e compartilhadas socialmente, colaboram na construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação (Jodelet apud Spink, 1993).

Assim, as representações sociais constituem um sistema de valores e práticas ligado a um conjunto de relações sociais e processos simbólicos que possibilita a orientação dos indivíduos no mundo social e material, favorecendo também a comunicação e a tomada de posição intergrupar, bem como a leitura dos significados do mundo e da história do grupo. Sua abordagem deve levar em conta um contexto de mudança contínua, marcado pela contraditoriedade das relações sociais, dentro do qual a representação não pode ser pensada como única explicação válida e correta, mas como um elemento facilitador da comunicação (Herzlich; Minayo; Moscovici apud Goulart, 1993).

Conforme Minayo (1995, p.89), "Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento". Durkheim é o primeiro autor que trabalha este conceito do ponto de vista sociológico, usando-o como Representações Coletivas, referindo-o a categorias do pensamento através das quais a sociedade elabora e expressa a sua realidade. Estas categorias estão ligadas a fatos sociais passíveis de observação e interpretação. Como, para

Durkheim, é a sociedade que pensa, as representações sociais não são, necessariamente, conscientes individualmente (Minayo, 1995).

No entanto, sendo as representações sociais compreendidas no contexto das comunicações sociais, são indiscutivelmente estruturas dinâmicas, e é esta característica de flexibilidade que as distingue das representações coletivas de Durkheim, e também das representações culturais de Sperber. Tal característica as aproxima das análises do discurso de Wittgenstein, centradas na relação entre linguagem e ação (Moscovici apud Spink, 1993).

Desta forma, as Representações Sociais se manifestam em palavras, sentimentos que passam a ser institucionalizados. Além disso, são fonte de transformação e resistência, devendo ser analisadas criticamente pois correspondem às situações reais da vida. Algumas revelam a visão de mundo de determinada época e as concepções das classes dominantes na história de uma sociedade. Elas não são necessariamente conscientes, mas portadoras dos interesses de grupos e classes sociais. Porém, as Representações Sociais tomadas como verdades científicas reduziriam a realidade à concepção que os homens fazem dela. Elas não são a realidade, elas são uma representação do real. E mais, precisam ser entendidas a partir do seu contexto de produção, a partir das funções simbólicas e

ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam (Minayo, 1995; Spink, 1993).

Entre as representações sociais dos atores sociais e a tradução destas nos movimentos sociais, existem inúmeras mediações fornecidas pela visão de mundo, crenças, sentido e conteúdo das necessidades e interesses, tanto individuais como coletivos (Goulart, 1993). Assim, tanto a diversidade como a contradição levam ao estudo das representações sociais como um processo, tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações na criação e na manutenção de determinada ordem social (Spink, 1993).

Convém lembrar o que Pichon-Rivière (1995) diz quando fala sobre a atual psiquiatria social. Nossos pensamentos, nossas idéias, nosso contexto geral é, sim, na realidade, uma representação do nosso mundo externo, é uma representação social; porém, é antes de tudo uma representação particular, original e individual, de como captamos este mundo, de acordo com uma fórmula pessoal, de acordo com nossa história pessoal e de acordo com o modo pelo qual este meio atua sobre nós e nós sobre ele.

As primeiras representações de saúde e doença foram carregadas de elementos naturais e sobrenaturais, que provocavam sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, ligando-os à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, ao desgaste físico e mental e à morte. Alguns aspectos de caráter religioso - maldições e castigos -

ainda hoje aparecem nas representações sociais de saúde e doença. A sífilis, na primeira metade do século XX, e a presente epidemia da AIDS trouxeram à tona muitos preconceitos morais existentes (Sevalho, 1993).

Joffe (1995) realizou, em 1990, um trabalho de entrevistas, com sessenta jovens sul-africanos e britânicos, homens e mulheres, escolarizados, não-especialistas. Entre eles existiam, em cada cultura, 10 heterossexuais brancos, 10 heterossexuais negros e 10 homossexuais (6 brancos e 4 negros; 4 soropositivos para o vírus). Entre os tópicos levantados estão a origem do HIV/AIDS, sua disseminação, quais os grupos mais afetados no país. As principais conclusões obtidas foram:

A AIDS, conhecida como uma epidemia, quase sempre, tem sido relacionada e representada socialmente como uma doença "estrangeira", que tem o "outro" como ator principal. No Ocidente, sua origem é geralmente localizada na África, e os africanos tendem a situar sua origem no Ocidente. Além disso, é associada a grupos considerados marginais, incluindo homossexuais, drogados e prostitutas. Verificou, também, que as Representações Sociais da AIDS são formadas através da vinculação às ideologias que permeiam determinada sociedade, e da identificação da AIDS com lugares, práticas ou grupos. E, ainda, as representações sociais, elaboradas pelas pessoas individualmente, emergem das experiências infantis ligadas às experiências da vida

adulta e são permeadas pela influência dos meios de comunicação, e pela cultura popular (Joffe, 1995).

Outro elemento apontado por Joffe (1995) é que os participantes dos grupos marginalizados, muitas vezes, internalizam as representações sociais construídas, levando-os a desenvolver identidades deterioradas.

Já no Brasil, uma pesquisa realizada por Souza-Filho & Henning (1992), intitulada "Representações Sociais da AIDS, Práticas Sexuais e Vida Social entre Heterossexuais, Bissexuais e Homossexuais em Brasília, Brasil", concluiu que a crença geral é de que todos estão vulneráveis ao vírus. Os heterossexuais e os homossexuais consideram como principal sintoma da AIDS as alterações corporais externas. A preferência dos heterossexuais é por um único parceiro, enquanto que os homossexuais evitariam a prática sexual. Aponta ainda, como uma possível mudança psicossocial motivada pela AIDS, o fato de que, apesar das auto-representações de heterossexuais e homossexuais em termos de conduta sexual, estes valorizaram mais a família do que a atividade sexual.

A AIDS começou a ser veiculada nos meios de comunicação brasileiros por volta dos anos 80, como uma doença "vinda do exterior", em especial de Nova Iorque. Esteve desde o início vinculada à homossexualidade, tendo sido chamada de "peste gay". As autoridades sanitárias acreditaram que o problema não mereceria atenção especial

em virtude de restringir-se a grupos minoritários e de estar ligada também a doenças ditas da pobreza, como as grandes endemias. Ao lado da discussão sobre transmissão por contato homossexual, houve mobilização em torno da questão da qualidade de sangue e hemoderivados (Bastos et al., 1993).

Outras representações sociais da doença são construídas em nosso mundo, baseadas fundamentalmente na idéia de morte e de promiscuidade. No entanto, sabe-se que a AIDS é um problema de todos, e que, embora ainda incurável, é uma doença tratável, assim como a diabete e muitas outras. A ignorância a respeito do fenômeno estimula, mas não é razão única do preconceito. E o próprio conceito de AIDS está também sendo construído socialmente, considerando-se muitas vezes o portador do vírus considerado como doente (Beloqui, 1992).

Sem dúvida a AIDS passou a ser uma ameaça global, independentemente de onde tenha surgido e de quais grupos são mais atingidos. Todavia esta ameaça traz consigo a continuação da negação, a discriminação e as conseqüências da estigmatização da doença. Assim, torna-se uma realidade para o mundo humano, que realiza um processo de construção para a interpretação desta realidade. Percebe-se que tal construção tem sido marcada pela reafirmação de preconceitos e pela caracterização da AIDS como doença estigmatizante.

Porém, as representações sociais da AIDS podem ter seu caminho modificado, desde que sejam feitas intervenções no sentido de diminuir o preconceito e a estigmatização vigente. Por isso, a importância de se compreender o problema da AIDS como uma doença estigmatizante tomando-se como referência básica a análise do Estigma feita por Goffman (1992) para, a partir do entendimento do processo pelo qual alguém ou alguma coisa é estigmatizada, passar a uma outra formulação do problema, compreendendo melhor as diferenças e compartilhando o entendimento da fragilidade e impotência da vida humana.

2.3 O estigma

Vivendo em sociedade, os homens estabelecem meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada categoria. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos permitem um relacionamento com "outras pessoas", previstas sem atenção ou reflexão particular por parte de quem se relaciona. Assim, quando um estranho é apresentado a

alguém, os primeiros aspectos daquele permitem prever a sua categoria e os seus atributos, ou seja, a sua identidade social. Baseando-se em tais pré-concepções, estas são transformadas em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso (Goffman, 1982).

Normalmente, ignoram-se tais exigências ou o que elas significam até que surja uma questão efetiva. São essas exigências preenchidas? É nesse ponto que se percebe que durante todo o tempo se esteve fazendo algumas afirmativas em relação àquilo que o indivíduo analisado deveria ser.

A partir da análise do estranho, podem surgir evidências de que ele possui um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, visto como uma espécie menos desejável. Dessa forma, ele deixa de ser considerado uma pessoa comum e total, sendo reduzido a uma pessoa estragada e diminuída (Goffman, 1982). Para o autor, tal categoria caracteriza-se como um estigma, constituindo uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real.

A palavra estigma originou-se na Grécia Antiga, onde escravos fugitivos eram marcados com a letra "F", denominada "STIGMA". Esta marca que o caracteriza pode ser categorizada em estigmas autocontroláveis, como a obesidade, o uso de drogas, etc., e os que não o são, como defeitos congênitos, câncer, etc. A categoria do estigma

implica diretamente na forma como os portadores são vistos e julgados na sociedade. Os estigmas considerados não-autocontroláveis despertam sentimentos de benevolência e ajuda, enquanto que o estigma considerado de uma categoria que poderia ser autocontrolada gera, muitas vezes, ira e pouco desejo de ajuda (Nicoletti, 1992).

Em todos os exemplos de estigma encontram-se as mesmas características sociológicas, ou seja, um indivíduo que poderia ser facilmente recebido em uma relação social quotidiana possui um traço que pode chamar a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros dos seus atributos. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que se havia previsto (Goffman, 1982).

Geralmente acredita-se que alguém com um estigma não seja completamente humano (Goffman, 1982). Por isso, ocorrem vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente se reduzem suas chances de vida. Assim, torna-se importante estudar os momentos em que os estigmatizados e os normais (aqueles que não possuem estigma) encontram-se na mesma "situação social", ou seja, na presença física imediata um do outro. Berger e Luckmann (1985) colocam que a mais importante experiência de um indivíduo ocorre na situação de estar face a face com o outro, que é o caso prototípico da interação social, sendo que todos os demais casos derivam deste.

Segundo Goffman (1982), a simples previsão de tais contatos pode levar os normais e os estigmatizados a esquematizarem a vida de forma a evitá-los. Devido à falta de *feedback* saudável do intercâmbio social quotidiano com os outros, a pessoa que se auto-isola possivelmente torna-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa. Mas, quando normais e estigmatizados se encontram na presença imediata uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre, como coloca o autor, uma das cenas fundamentais da sociologia porque, em muitos casos, esses momentos proporcionam, aos dois lados, o enfrentamento direto das causas e efeitos do estigma.

Não somente o estigmatizado, mas também aqueles que não o são, sentem essas interações angustiantes. Percebem que o indivíduo estigmatizado é muito agressivo ou muito tímido e que, em ambos os casos, está sempre lendo significados não-intencionais nas ações dos outros. Percebe-se assim que o estigmatizado sente cada fonte potencial de mal-estar na interação, e sabe que os outros também a percebem, inclusive que os "normais" não ignoram que ele (o estigmatizado) percebe (Goffman, 1982).

O autor destaca ainda que, na medida em que tanto o estigmatizado quanto os normais introduzem-se nas situações sociais mistas, torna-se compreensível que nem todas as coisas caminhem suavemente. Nesse sentido, provavelmente, tenta-se proceder como se o estigmatizado correspondesse

inteiramente a um dos tipos de pessoas que são naturalmente acessíveis em determinada situação, mesmo que isso signifique tratá-lo como se ele fosse alguém melhor ou pior do que realmente se julga que ele seja. Se nenhuma dessas condutas for possível, tenta-se , então, agir como se ele fosse uma "não-pessoa" e não existisse como um indivíduo digno de atenção ritual.

Para Goffman (1982), é bastante provável que, em situações sociais onde há um indivíduo cujo estigma se conhece ou se percebe, se empregue categorizações inadequadas e que tanto os "normais" quanto os estigmatizados sintam-se pouco à vontade. Há, no entanto, mudanças significativas a partir dessa situação inicial. E, como a pessoa estigmatizada tem mais probabilidade de se defrontar com tais situações, é provável que tenha mais habilidade para lidar com elas.

Hanan (1994) diz que a AIDS reúne todos os estigmas de doenças que anteriormente já causaram "pavor":

- É contagiosa - o contágio, relacionado à morte, ocorre através do que representa a vida: sangue e sêmen.

- É deformadora - o doente de AIDS "clássico" é facilmente "reconhecido" por seus "sinais".

- É "delatora" de "condutas" socialmente reprovadas - existe uma curiosidade quase "mórbida" de se saber como a doença foi adquirida.

- É uma doença lenta - pode levar a extremos: da esperança ao desespero.

- É mortal - talvez seja o maior peso, a finitude do corpo.

Ao estudar a questão do estigma, Goffman (1982) chama a atenção para a figura do "informado", ou seja, homens normais cuja situação especial os levou a participar intimamente da vida secreta do indivíduo estigmatizado e com ela simpatizar. Um dos tipos de pessoas informadas destacadas pelo autor é aquela cuja informação vem de seu trabalho em instituições que cuidam não apenas das necessidades daqueles que têm um estigma particular mas também das ações empreendidas pela sociedade em relação a eles. Cita, por exemplo, as enfermeiras e os terapeutas. Um outro tipo, ainda, é aquela pessoa que se relaciona com um indivíduo estigmatizado através da estrutura social - uma relação que leva a sociedade mais ampla a considerar ambos como uma só pessoa. Pode ser o caso da família ou de algum amigo especial. Neste último caso, poderia se enquadrar algum indivíduo do grupo de enfermagem que compartilha com o estigmatizado o seu descrédito.

Assim, os problemas enfrentados por um indivíduo estigmatizado acabam se espalhando em ondas de intensidade decrescente. Essa tendência para a difusão de um estigma do indivíduo marcado nas suas relações mas próximas explica por que tais relações tendem a ser evitadas ou a terminar,

caso já existam. Segundo Maruyama & Ramos (1996), dentistas que tratam de portadores de HIV positivo enfrentam o medo, preconceito e ignorância da sociedade, sendo que alguns chegam a perder toda a clientela quando esta percebe que estão atendendo pacientes com AIDS.

Neste sentido, Pádua (1986) coloca que as representações sociais da doença não se limitam ao âmbito da doença e do doente, mas pode se estender a outros níveis, desencadeando uma reação emocional. Isto acontece através da contaminação social, que ocorre ao nível do imaginário, e nada tem a ver com contágio. Assim, instituições de saúde encarregadas de tratar os doentes, assim como os profissionais que atuam na área, são contaminados e passam a ser agentes desencadeadores deste processo emocional estigmatizante, gerando condutas afastadoras.

No caso da AIDS, as relações profissionais e familiares foram profundamente alteradas, ao ser criado um estigma que acompanha os portadores e aqueles indivíduos pertencentes aos grupos considerados de risco, o que muitas vezes impede ou dificulta o convívio. Portanto, agrava-se a situação do paciente que se vê frente a uma maior rejeição (Nicoletti, 1992).

Desde que conceituada como uma doença mortal e transmissível, a AIDS, um fenômeno social, atinge não só grupos de risco definidos, mas torna vulnerável toda uma

população, provocando grandes traumas na sociedade. A doença adquire características específicas em cada sociedade, e possui um perfil diferente de outras epidemias conhecidas pela humanidade.

Além de sua transmissão hetero e homossexual, no Brasil outros fatores agravam a situação. São eles o tráfico das drogas, o comércio de sangue, o machismo ainda existente, as relações de poder do homem sobre a mulher, e a ignorância produzida institucionalmente. Assim, todos os preconceitos e estereótipos reforçam os estigmas diante de temas vinculados à AIDS, como a morte e a sexualidade, gerando não só a discriminação da família em relação ao doente, como também da sociedade em relação aos grupos aos quais é atribuída a culpa pela existência da AIDS, o que provoca reação de raiva e segregacionismo, misturada a medo e desprezo (Escotto et. al., 199?; Nicoletti, 1992).

No Brasil, onde existe uma das piores distribuições de renda do mundo, sucateamento da educação e sobretudo da saúde, viver é, para a maioria das pessoas, uma grande ousadia. Neste contexto, a AIDS, que existe sem fronteiras ou preferências, surge como um imenso desafio não só pelas vidas que vem terminando, mas também pelos estigmas que vem produzindo e fomentando. Conforme Nicoletti (1992), a AIDS, além de ser transmissível, está ligada à sexualidade, gerando uma dupla estigmatização.

Embora muitas pessoas queiram dizer que a pessoa com AIDS é um doente igual a qualquer outro, não o é. Ele é distinto, pois nenhuma outra doença provocou tantos atos antagônicos na sociedade (Hanan, 1994).

3 OS HOMENS E SUAS RELAÇÕES

3.1 A natureza humana

3.1.1 Aspectos gerais

Pensar nas relações que envolvem os seres humanos e suas conseqüências para a própria vida exige que se busque alcançar alguma compreensão do que seja a natureza deste homem, e como ela se expressa ao longo dos anos e no seu cotidiano vivencial.

Muitas são as perspectivas através das quais se pode abordar o problema do homem. A história pode indicar o que este homem tem feito de seu próprio ser. Ela, a história, é uma categoria reveladora, e assim mostra as características de cada civilização, refletindo não só os ideais dos homens que a construíram, mas desvelando também, para o bom leitor, aquilo que se oculta em cada civilização e em cada tempo, porque não dominante, mas marginalizado e excluído. Muito importante é ter a noção do que o homem tem feito de

si mesmo e, portanto, saber que tipo de homem se está hoje construindo. "Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades; muda-se o ser, muda-se a confiança; todo o mundo é composto de mudança; tomando sempre novas qualidades" (Camões).

Durante longo tempo todas as necessidades humanas foram explicadas através de *mitos*. A experiência humana ainda não havia absorvido o conceito de *indivíduo*, e os homens se entendiam como parte do destino coletivo da família, grupo ou cidade. A compreensão mítica considerava a existência humana como naturalmente vinculada às circunstâncias. Com o aparecimento do *logos*, a idéia mítica de destino passou a ser o questionamento da *essência do homem* (Cunha, 1992).

No antigo oriente as civilizações eram dominadas pelo espírito do pessimismo, fundado na fatalidade. A felicidade estava em não desejar, em não ter vontade, para fugir dos padecimentos a que se sujeitavam todos que desejavam algo do mundo, uma forma de, pela negação, ter paz, ser feliz.

A civilização grega passou a apresentar uma nova valorização do homem. O homem grego acredita que o sucesso depende do capricho dos deuses; ao homem cabe o esforço. Existe nele um sentido de dignidade e de nobreza na concepção de homem. O desejo de conhecer os princípios universais é o mesmo desejo de ser livre, que, assim, liberta o homem do imediato, e lhe dá a experiência de liberdade na medida em que ele consegue compreender a

realidade, consciente da sua posição no universo. O sentido de dignidade, e culto à liberdade, são os principais responsáveis pelo desenvolvimento da filosofia grega (Mendonça, 1991).

Os primeiros filósofos gregos fizeram da natureza seu primeiro objeto de investigação. O seu filosofar desafiava os mitos, que davam a base da religião praticada na *polis*.

Uma classe de sábios, chamados sofistas, buscava explicar os problemas cotidianos. A preocupação fundamental dos sofistas não era com a ordem natural do mundo, mas com a ordem natural da vida do homem em sua comunidade. Nesse momento, surge a filosofia de Sócrates que deu início ao modo de pensar ocidental.

Para Sócrates, o problema fundamental da filosofia é o problema do homem, que deveria ser formulado como o problema do bem e do mal, do justo e do injusto. Platão, continuador de Sócrates, aceita que a filosofia começa com o problema do homem, mas concebe o homem como determinado pelos diversos processos que o inscrevem como parte de sua comunidade. Assim, Platão desenvolve uma filosofia política, visualizando as relações entre os homens em *A República*, num esforço de democracia - modo de exercício de um poder social.

Conforme Cunha (1992), em Platão a essência do homem resulta da combinação das vontades fundamentais, desejos e inclinações eróticas e dos instintos da vida vegetativa. Já

em Aristóteles, a essência do homem resulta da combinação da aptidão da *fala racional*. Com o pensamento político moderno, sobretudo com Hobbes, Locke e Rousseau, a idéia clássica da essência humana sofreu mudanças, culminando no conceito de *natureza humana*.

Aristóteles, discípulo de Platão, faz uma síntese das concepções de homem de Sócrates e de Platão, dizendo que, antes de ser possuidor de uma alma, o homem é um animal, embora seja dotado de uma característica essencial - **ele fala**; por isso, só pode viver na comunidade de seus interlocutores que vivem na *polis*. Na definição de Aristóteles, o homem é um *animal social*. Sendo um animal social, é um animal político, no sentido de que só pode viver na *polis*.

Mais tarde, modificações políticas na Grécia levaram a uma centralização administrativa, e um espírito de passividade começou a dominar. As preocupações se voltaram para o culto religioso ou para a vida prática, perdendo a visão de conjunto. Desta forma, inicia a decadência da civilização grega (Mendonça, 1991).

Um novo rumo é tomado pela história. A civilização romana, que foi a civilização do Direito, tinha suas primeiras povoações constituídas de lavradores e, ao lado disso, um forte sentimento de família ligado à autoridade e também à colaboração. Com tais características, o homem

romano desenvolveu um espírito de justiça e equidade, de onde surgiu o Direito Romano.

No entanto, a vida da cidade foi conduzindo o homem romano a uma flexibilização do caráter que o levou à degradação. A humanidade estava em questão. Naquele momento, o cristianismo surge como resposta a esta crise. O homem obediente aspira ao melhor. Acentuava-se a preocupação com a salvação dos homens, deslocando a atenção da idéia de Deus para a idéia do homem, passando o homem a cultuar sua própria força, seu valor e seu esforço (Mendonça, 1991).

Com a decadência da civilização grega e a consolidação do Império Romano, a concepção de homem que só se realiza na *polis* foi sendo substituída por outra em que as relações são constituídas por relações de poder e desigualdade. Em lugar de *polis*, Roma possui *societas*. Estas duas palavras refletem concepções diferentes da ordem social.

A *societas* é regulada por leis próprias, o que significa, em sentido amplo, ter "propriedade privada". Resta daí que o espaço público resulta de associações negociadas entre os espaços privados, o que serve de base para a formulação da idéia de *contrato social*, de Hobbes, Locke e Rosseau.

O poder legitimado pelo **contrato social** foi apresentado como a solução moderna para o problema da sociabilidade do homem. Com o contrato social, os

indivíduos renunciam à parcela do seu poder próprio em favor do poder soberano do Estado, que o exerce em nome de todos e do interesse geral.

Segundo Hobbes apud Cunha (1992), o homem em estado natural, como nasce, é fundamentalmente egoísta, usa a razão utilitária para satisfazer seu prazer individual. Portanto, os homens em estado de natureza apenas visam à satisfação egoísta de suas necessidades. Já para Rousseau apud Cunha (1992) e Gaarder (1995), o homem nasce naturalmente bom, e é a civilização que o corrompe. Ou seja, a natureza é boa e o homem é naturalmente bom; é a sociedade civilizada que afasta o homem da sua natureza. Assim, o conceito de natureza humana vem sendo firmado até hoje, e muitas áreas do conhecimento, como a psicologia e a antropologia, têm tomado como objeto de estudo a "natureza humana" .

Segundo Mendonça (1991), o Renascimento surge como reação ao sobrenatural, estabelecendo a confiança nas forças da natureza do homem. Neste sentido, o racionalismo, que dava a idéia de que a razão humana tinha poderes ilimitados, e a perspectiva de que era possível multiplicar pela máquina a força do trabalho humano criam o mito da produção e da ciência infinita. É o homem a medida de todas as coisas. Os valores seriam julgados pela produção, valendo o homem por aquilo que ele produz. Desta forma, a máquina não serve como instrumento a seu serviço, mas o

homem passa a conceber-se como máquina, desconsiderando outros valores essenciais à vida humana. Assim, "os homens deixaram de ser interessados para serem interesseiros" (Mendonça, 1991: 113). Não buscavam mais o sentido da própria vida, perderam a consciência da sua existência, e o imediatismo e o lucro passaram a dominar o mundo. Diferentemente do que é estabelecido, agora não mais é o homem a medida de todas as coisas, senão que as coisas dão a medida do homem.

Como protesto a esta visão interessada nasce o movimento existencialista. Embora não seja a solução para a vida do homem, é válido enquanto reação aos quadros artificiais que limitam a existência humana e a reduzem a sua atividade prática. Verifica-se que a vida que o homem moderno construiu para ele mesmo o sufoca; ele se isola e se defende. Na disputa cotidiana em que vive, está sempre insatisfeito consigo.

As sociedades expressam também esta mesma insatisfação nas suas revoluções internas, divisão dos povos e nacionalismos extremos. Estes sinais parecem mostrar que o homem não encaminhou convenientemente sua vida, demonstrando desorientação que se verifica nas conseqüências reveladas. Duas grandes guerras mundiais, doenças sempre novas e incuráveis e a miséria e violência desmascaram o poder do homem sobre si próprio.

Tudo isto obriga o retorno ao discernimento a respeito do que é o homem, e do que deve ser o homem (Mendonça, 1991).

Conforme Mendonça (1991), o homem deve saber que não nasce completo e acabado, mas se educa a cada instante de sua vida, aprende sempre até morrer. A luta do homem é a luta consigo mesmo, pelo desejo de perfeição, ou, pelo menos, de superação.

Como foi visto, muitas são as visões e discussões sobre natureza humana no campo da filosofia. No final do século XIX e início do século XX, as novas relações de trabalho e a nova estrutura produtiva fazem surgir questões até então não abordadas no âmbito das organizações. Estes primeiros estudos vieram a compor a chamada Teoria Geral da Administração. Assim, o Modelo de Homem ou Natureza Humana expressa as concepções sobre o que move o homem na sociedade e nas organizações, e também qual sua relação com o trabalho e com os outros homens (Oliveira, 1995).

Portanto, torna-se de fundamental importância a compreensão destas concepções acerca da natureza humana no ambiente organizacional para que seja possível o entendimento das diversas manifestações dos homens em suas relações, dentro das organizações. Até porque, ser complexo, incompleto e inacabado, o homem é aquele que padece a possibilidade do amor e do ódio, do bem e do mal;

sobretudo, vive e enfrenta suas próprias contradições. O homem é e, será sempre pro-jeto, um *por fazer-se*.

3.1.2 O homem, ser de relações

A sociedade contemporânea, vivendo um momento de mudança de padrões e valores, de alguma forma, força a tomada de consciência do ser humano sobre si e sobre suas relações. A insegurança que nos rodeia, gerada pelas constantes mudanças que vêm se processando em todos os níveis da vida em sociedade, incentiva a indagação e a busca do sentido da própria vida.

O homem, tendo consciência de si mesmo, percebe sua impotência e as limitações de sua existência. É alguém que está a caminho de encontrar-se, de ser. Entretanto, a contradição da natureza humana leva a dicotomias que estão enraizadas na própria existência humana (Fromm, 1983), sendo a dicotomia mais primária aquela entre vida e morte. Segundo Fromm (1983), o homem visualiza o seu fim - a sua morte -, o que influi agudamente na sua vida. Mesmo que quisesse, não conseguiria livrar-se da morte, não pode livrar-se do seu corpo enquanto está vivo, e seu corpo faz com que queira permanecer vivo.

Por outro lado, a personalidade individual é determinada por particularidades da existência humana comum a todos os homens. Ao mesmo tempo que somos um indivíduo, único e original, com nossas peculiaridades, somos, no entanto, representantes de todas as características da raça humana (Fromm, 1983).

Apesar disso, nos defrontamos com a possibilidade da multiplicidade de "eus" que se descobrem no indivíduo ao encará-lo sob a perspectiva do papel social, segundo a qual ele poderá, com bastante facilidade, sustentar egos diversos e, até certo ponto, pretender que não é mais algo que já foi (Goffman, 1982).

O ser humano é acima de tudo um ser de relações. "Qualquer ser humano, qualquer grupo ou classe social é uma multiplicidade de relações e de relações entre relações" (Minayo, 1993, p.251).

As grandes teorias sociais contemporâneas têm chamado a atenção para a necessidade de se estabelecer princípios capazes de integrar as realidades estruturais e as ações individuais (Alves, 1995). Segundo Minayo apud Alves (1995, p.78), em todas as áreas das ciências sociais - incluída a Administração Pública -, parece existir "uma tomada de consciência da importância de compreender a complexidade das relações sociais que criam, alimentam, reproduzem e transformam as estruturas, a partir do ponto de vista dos atores sociais envolvidos nessas relações".

Segundo Mounier (1964), o primeiro movimento que revela o ser humano é um movimento em direção aos outros. A pessoa surge como uma presença voltada para o mundo e para as outras pessoas. E as outras pessoas fazem-na crescer. A experiência primitiva de todos é a experiência da segunda pessoa.

Para Buber (1977, p. 32) "o homem só se torna EU na relação com o TU". O homem é um ente de relação, a relação é essencial e fundamental para a sua existência. O EU se torna EU em virtude do TU. Tanto o TU como o Eu não existem a não ser em uma relação. O EU não é uma realidade em si, mas relacional. Começamos a nos tornar pessoas no momento em que, diferenciando o EU do TU, descobrimos a possibilidade e os limites do NÓS.

Um dos sinais de maturidade humana é a capacidade de estabelecer pontes de relacionamento com as outras pessoas. Somos um ser em "relação com" (Fritzen, 1996).

O ser humano, na sua humana condição, é um ser de necessidade, mas também um ser de desejo, de pulsão e de relação. É diante do outro que ele se auto-identifica e se reconhece. A construção do ser humano como sujeito passa pela relação com o outro. Assim, não considerar esta realidade é utilizar uma visão incompleta do que é o ser humano (Chanlat, 1992).

Chanlat (1992) fala do ser humano genérico, que se define por pertencer à espécie humana, porém sempre

encarnado em um ser humano concreto. Esta existência singular do ser humano no mundo é que lhe dá sua especificidade. Todos temos ao mesmo tempo o genérico e o específico. Segundo Allport (1962), cada homem é um idioma próprio na sintaxe na espécie.

Conforme Berger e Luckmann (1985), o estar face a face com o outro é a mais importante experiência dos outros, e desta experiência derivam todas as outras. No face-a-face o outro é apreendido, num presente partilhado, por um e por outro, existindo, portanto, um intercâmbio contínuo dos sujeitos.

O homem é sozinho e, ao mesmo tempo, relacionado com os outros, é criatura e criador, influencia e é influenciado, e, no mundo moderno por ele construído, sente-se muitas vezes menos potente na sua vida individual e em sociedade. Este infundável fazer-se do homem, sua condição de ser contraditório e incompleto, e portanto, passível de equilíbrio e desequilíbrios, o faz buscar soluções para as suas inseguranças e as de sua época, na lucidez da consciência dele mesmo e no reconhecimento dos aspectos criadores e potenciais de sua vida.

Como já mencionamos, muitos são os fatores que nos levam a indagações e à busca de resposta às contradições do tempo que vivemos e às incertezas humanas. Mais do que nunca, um fenômeno como a AIDS, que atinge não apenas grupos de risco definidos, torna vulnerável toda a

população, e em especial aqueles que têm contato direto com ela. Além dos estigmas e preconceitos existentes, coloca a todos diante da própria impotência perante a contradição e limitação da vida.

O face-a-face vivido com o doente de AIDS coloca a todos diante da dicotomia humana mais primária, que segundo Fromm (1983) é aquela entre vida e morte. Coloca a todos diante da impotência humana, derrubando, mais do que a onipotência, a prepotência - doença dos que pretendem não ter limites. Exigindo nova compreensão e significado para a vida, pelo menos para aqueles que não se demitiram de viver.

3.1.3 Concepções de natureza humana nas organizações

O universo organizacional é um dos campos férteis para o estudo das concepções de natureza humana. Esse sistema social, em todos os tempos, sofre influências das visões de homem e de mundo que existem na sociedade.

Oliveira (1995) apresenta algumas abordagens teóricas das concepções de homem que ao longo do tempo foram sendo traduzidas no mundo organizacional:

1) Homo Economicus: nessa perspectiva a organização é vista como uma máquina, onde o ser humano é apenas parte dela. Sem quaisquer outro motivo, age movido pelo dinheiro que vai satisfazer suas necessidades de sobrevivência.

2) Homo Social e Homo Administrativo: este modelo de homem adotado pelas organizações embasa-se na visão que McGregor denominou de "Teoria X". Segundo esta concepção, o homem possui uma aversão inerente ao trabalho que, apesar de necessário, é evitado sempre que possível. Dentro dessa perspectiva, a maioria das pessoas preferem ser dirigidas e evitar qualquer comprometimento. Assim, devido à importância secundária que o trabalho tem para as pessoas, os dirigentes e administradores devem coagir os empregados ou motivá-los com salários. Este modelo de homem prevaleceu, e nele se estruturou toda a teoria motivacional dentro das organizações.

Visto dessa maneira, o homem é reduzido. Sua racionalidade é fragmentada e usada apenas na sua parte mais conveniente. Essa racionalidade utilizada pelas "modernas organizações" passou a ser enfatizada a partir da Revolução Industrial, em que uma filosofia utilitária abriu espaço para uma prática do mesmo sentido, levando a uma visão distorcida do homem e da sociedade como um todo.

3) Homo Organizacional: possui personalidade flexível, possui tolerância às frustrações, tem capacidade de adiar as recompensas e desejos permanentes de realização. Ele se

conforma e se adapta à lógica de vida nas organizações. Existe uma prevalência da razão funcional sobre a razão substantiva. Essa idéia reforça o ser humano como reativo a prêmios e incentivos da organização.

4) Homo Funcional: a organização é entendida como um sistema onde as pessoas são vistas desempenhando papéis. O papel desempenhado é mais importante do que o ser humano. Os interesses individuais são irrelevantes. O homem é despersonalizado como pessoa e é compreendido como um instrumento da organização.

Filósofos e sociólogos já falavam do caráter total da razão humana. Alguns, tais como Mannheim, Voegelin e Weber, foram muito bem explorados por Guerreiro Ramos em suas obras. Os modelos de homem reativo ou de homem operacional não mais comportam o atual estado de coisas. Ouso dizer mais: não correspondem ao Homo-Humanus, aquele que caminha em direção a sua humana condição.

Nesse sentido, imagina-se que a nova organização deva conceber o homem na sua totalidade e não de forma parcial, como bem colocaram Katz e Kahn (1987). Não se quer dizer, contudo, que a razão funcional deva deixar de existir. Tampouco pretende-se atribuir ao homem um caráter totalmente bom como pressupunha a Teoria Y. Mas considera-se que a abordagem tradicional retrata uma visão incompleta, que não atribui o caráter total da razão humana. Sua prevalência pressupõe uma utilização

desequilibrada da racionalidade humana, tanto em termos pessoais quanto sociais.

Incluindo a racionalidade substantiva na concepção humana, o homem deixa de ser psicologicamente enquadrado como aqueles indivíduos que se comportam de acordo com os modelos reativo e operacional. Este novo modelo de homem foi denominado por Ramos (1984) de "homem parentético". Segundo o autor, este "novo" homem possui uma consciência crítica profundamente desenvolvida a respeito de valores presentes no seu dia-a-dia. Não aceita acriticamente padrões de desempenho, e é um reflexo das novas concepções sociais, encontrando-se pronto para avaliar a vida humana diária como se fosse um espectador. Procura sempre maximizar a compreensão da vida, o que o torna capaz de separar a si mesmo de seu ambiente interno e externo (Ramos, 1984).

Este novo modelo de homem procura, portanto, despertar a formação de uma consciência crítica e reflexiva, ou seja, permitir que ele seja de fato livre na medida em que pense por si próprio e aceite as idéias dos outros apenas quando lhe parecerem "claras e distintas" (Dantas, 1988).

Assim, diante desse novo tempo, torna-se imprescindível o abandono da lógica causal simples e o favorecimento do pensamento sistêmico, originando modelos mentais mais complexos, aumentando a capacidade do homem de refletir sobre si mesmo e sobre as suas ações. É esta

capacidade de reflexão, de auto-observação e de avaliação da própria situação que permite ao homem preparar-se constantemente para enfrentar novos acontecimentos e situações imprevisíveis. Uma postura crítica que faz do homem não um produto, mas um participante crítico na sociedade, ainda que passível de enfrentar, por isso mesmo, conflitos e desacordos.

3.2 O fenômeno humano

3.2.1 A condição humana e a humana condição

Na concepção sociológica de homem de Karl Marx, a natureza humana não é estática e imutável, mas os próprios sentidos do homem são educados culturalmente. Para Marx a *essência do homem* é a totalidade das suas condições sociais de desenvolvimento. Neste momento, em lugar do conceito de natureza humana, começa a nascer o conceito de condição humana em que onde o ser homem não decorre apenas de uma natureza impetuosa, já previamente dada, mas de uma condição que o contexto histórico propõe (Cunha, 1992).

O caminho aqui utilizado para pensar a condição humana será fundamentado, basicamente, em algumas reflexões do filósofo existencialista francês Jean-Paul Sartre na sua obra "O existencialismo é um humanismo" e da filósofa e pensadora política alemã Hannah Arendt no livro "A condição humana".

Para Sartre (1970), o homem primeiramente existe, se descobre, e só depois se define. Assim, não há natureza humana. O homem é aquilo que ele quer que seja, é aquilo que ele faz. Sendo a existência anterior a essência do homem, o homem é responsável por aquilo que é e também responsável por todos os homens. "Além disso, se é impossível achar em cada homem uma essência universal que seria a natureza humana, existe contudo uma universalidade humana de *condição*" (Sartre 1970, p. 250).

Também Arendt (1995) coloca que seria muito improvável que conseguíssemos determinar e definir a nossa essência natural, e que nada nos autoriza a presumir que o homem tenha uma natureza no mesmo sentido que as outras coisas têm. Para evitar erros de interpretação diz que a condição humana não é o mesmo que natureza humana. "O que quer que toque a vida humana, ou entre em duradoura relação com ela, assume imediatamente o caráter de condição da existência humana" (Arendt, 1995, p.17).

A grande maioria dos pensadores contemporâneos falam com muito mais facilidade da condição humana do que da sua

natureza. Por condição entendem o conjunto de limites e possibilidades *a priori* que esboçam a situação do homem no universo. Estes limites têm uma face objetiva e uma subjetiva. Objetiva porque se encontram em todo o lado e em todo o lado são reconhecíveis; subjetiva porque são vividos, ao modo de ser de cada um. Todos os projetos humanos e o próprio homem enquanto projeto surgem como uma tentativa para transpor, fazer recuar, negar ou nos acomodar a estes limites. Conseqüentemente, todo projeto, mesmo que individual, tem um valor universal. No entanto, esta universalidade não é dada; ela é construída (Sartre, 1970).

Arendt (1995), porém, defende que a condição humana compreende algo mais do que as condições dadas ao homem. O mundo no qual transcorre a *vita activa*, que para a autora envolve três atividades humanas fundamentais - labor, trabalho e ação -, consiste em coisas produzidas pelas atividades humanas, mas também constantemente condicionam os seus autores. Tudo aquilo com que os homens entram em contato torna-se uma condição da sua existência. Assim, independentemente do que façam, são sempre condicionados.

A atividade que corresponde ao processo biológico do corpo é o labor, que está ligado às necessidades vitais. A vida é a condição humana do labor. O trabalho corresponde ao artificialismo da existência humana. Ele produz um mundo "artificial" de coisas. A mundanidade é a condição humana

do trabalho. A única atividade que se exerce diretamente entre os homens, sem nenhuma mediação, é a ação. Ela corresponde à condição humana da pluralidade. Onde somos todos os mesmos, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer outro. Estas atividades e suas condições estão intimamente relacionadas com as condições mais gerais da existência humana, que são: o nascimento e a morte (Arendt, 1995).

As concepções aqui apresentadas sobre natureza e condição humana não encerram esta longa e difícil busca de tentar desvendar o real significado da pessoa e da vida humana. Outras posições existem e procuram de alguma maneira responder a estas indagações.

Mounier (1964) coloca que o nosso tempo rejeita a idéia de uma natureza humana permanente porque tomou consciência das possibilidades ainda inexploradas da nossa condição, e acrescenta que, no entanto, é preciso prudência ao fixar seus limites pois uma coisa é recusar as imposições feitas pelas definições formais, outra é recusar ao homem toda essência e toda a estrutura. O existencialismo, segundo Mounier, ao defender que cada homem não é senão o que a si próprio se faz, ignora a humanidade, a história e a comunidade.

É importante acrescentar a este estudo as pré-condições existenciais que, conforme Mounier (1964), caracterizam a cada homem e a todos os homens,

1) o homem é exterioridade - ser-no-mundo. É corpo, situado e datado. É desse modo determinação e como tal participa da natureza, da realidade e da densidade cósmica, porém a nada se nivela e a tudo ultrapassa;

2) é ser consciente no mundo. Não é coisa que se encontre fechada em si, absolutamente determinada. Não é compacto, cheio, sem fendas, é corpo espiritual, é exterioridade e interioridade, em ação. É incompletude, é infinitude na finitude. Sendo consciência, é intencionalidade e liberdade. É, assim, exigência de transcendência, em busca de sua plenitude;

3) é ser dialógico. O homem é ser de relação. Sua consciência o põe diante das coisas, e do outro, e permite-lhe distância e proximidade. É, assim, aquele que fala e dá sentido às coisas - é sujeito;

4) é intersubjetividade. Como sujeito, não se acha só em relação às coisas, antes se acha na relação com os outros sujeitos. É nos outros que cada homem se reconhece.

Os contornos do corpo humano são apenas demarcação, não limites absolutos; a descentralização do seu ser é dado originário na consciência do sujeito. O egoísmo lhe é possível, mas não lhe é constitutivo; é desvio, distância de si mesmo, é doença, é doença do ego.

Com isso, sem encerrar as reflexões e discussões acerca da natureza e da condição do homem, tratarei em

breve exame daquela que se pode classificar como a única condição indubitável do homem: a morte.

3.2.2 A morte como o incondicional da condição humana

Os homens, principalmente através das religiões e da filosofia, procuraram questionar e explicar a origem e o destino do homem. Cada um de nós, por herança cultural, familiar e até mesmo por indagações pessoais, traz dentro de si a sua própria representação da morte. E desde todos os tempos o homem tenta, de várias maneiras, vencer a morte (Kovács, 1992a).

O homem, sendo infinitude na finitude, é um ser mortal e tem consciência disso. Tal consciência, no entanto, o põe inconformado a ponto de cotidianamente tentar negá-la. É o que se conhece por "horror vacue". Porém, ao mesmo tempo, não podemos viver a vida toda sob a aterrorizante "presença" da morte (Kovács, 1992a).

A discussão sobre o tema da morte é por demais importante, justamente por tocar em nossa situação limite, que é também, conforme visto por várias culturas e credos, nossa possibilidade de abertura. Para muitos trata-se de um novo nascimento. A cada dia morremos um pouco, convivemos o

tempo todo, querendo ou não, com a perspectiva da morte. Muitos sentimentos ligados à insegurança, falta de sentido de vida e despersonalização atingem o homem atual. Em parte, por estas razões é que aparece hoje o interesse pela questão da morte. Mas lidar com a morte é também cuidar do dia-a-dia e da vida (Freitas, 1992).

O medo da morte e de morrer atinge a todos os seres humanos. Segundo Feifel e Nagy apud Kovács (1992b), ninguém está livre do medo da morte, e todos os outros medos estão, de alguma forma, ligados a ele. Para Becker (1976), o medo da morte é universal na condição humana.

Conforme Kovács (1992b), o ser humano possui dois grandes medos, que são o medo da vida e o medo da morte. Tememos tudo que denuncie nossa fragilidade e expresse nossa mortalidade. Todo o ser humano tem necessariamente que se confrontar com este dilema. Sua forma de enfrentá-lo vai depender das características de sua personalidade e de seu esforço de enfrentamento destas questões. Assim se torna responsável pela sua vida e pela sua morte.

Um sistema de imortalidade das pessoas é criado pela sociedade mercantil, procurando negar a morte. O hospital reproduz tal sistema, resumindo com muita clareza este conflito. Embora seja o homem consciente de sua mortalidade, a sociedade ocidental com sua tecnologia está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte (Kovács, 1992c).

Para Boemer (1989), nossa primeira experiência com a finitude acontece através da morte dos outros. "A morte do outro configura-se como uma vivência da morte em vida. É a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos" (Kovács 1992d, p. 149).

Na tentativa de protelar a própria morte e a dos outros, muitos problemas legais, éticos e psicológicos estão postos diante das gerações presente e futura, que resolverão sobre questões de vida e morte enquanto tais decisões não forem tomadas também por computadores. Embora todos desejem adiar o enfrentamento destes problemas, o homem só será capaz de mudar as coisas quando começar a refletir sobre a própria morte, o que não pode ser feito pela massa nem por computadores, mas pelo ser humano individualmente (Kübler-Ross, 1994).

Intimamente ligada à idéia da morte, nos últimos anos, a humanidade, num misto de medo e preconceito, vem convivendo com a AIDS. Somente agora, passados vários anos, estamos conseguindo ultrapassar a idéia de que a doença era associada a "grupos de risco". Sua construção social e histórica é baseada na idéia da "morte" e da "promiscuidade" (Paiva e Alonso, 1992).

A AIDS é considerada uma sentença de morte. Existe uma analogia da AIDS com as epidemias da Idade Média, ligadas à

crença da punição divina. A visão ligada à promiscuidade tem sido desmentida pelos fatos, mas ainda está presente na sociedade. Muitos ainda combatem os doentes e não a doença. No caso da AIDS, a vergonha e o problema social do estigma podem ser piores do que a morte. O estigma e a desinformação levam à discriminação. Ainda hoje existe a recusa de atendimento, alegando-se falta de condições (Kovács, 1992e).

Muitas vezes o que está em jogo é o medo do contágio. Os profissionais de saúde têm que lidar com seus próprios medos, com seus preconceitos em relação à vida sexual dos pacientes e ao uso de drogas. Todos estes fatores têm um peso no desenvolvimento da doença; portanto, atitudes e representações sociais têm de ser trabalhadas (Kovács, 1992e).

Como nunca, numa situação gerada pelo doente de AIDS, o desafio do homem como ser de relações se coloca a descoberto. Se, em nosso face-a-face, muitas vezes o olhar do outro é aquele que nos hostiliza, ou acolhe, é de convir que experiências intersubjetivas com qualquer tipo de olhar que anuncie sua própria deficiência e nossa própria impotência sejam, no mínimo, extremamente desconfortáveis.

4 IMPACTOS DA AIDS NAS RELAÇÕES SOCIAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR

4.1 A Organização Hospitalar

A palavra hospital vem do vocábulo latino "Hospes", que significa hóspede, que deu origem a "Hospilalis" e "Hospitium", que designavam o local onde eram abrigados, na antigüidade, enfermos, viajantes e peregrinos. Com o desenvolvimento do hospital, também a terminologia de sua designação evoluiu, sendo identificado por termos que tinham significado numa determinada época e num determinado local (Borba, 1991).

O hospital surgiu historicamente 360 anos D.C. e tem resistido até os nossos dias. Ao longo do tempo, e principalmente no final deste século, vem recebendo pressões de toda ordem. O mercado financeiro, as contingências do sistema e os critérios de sobrevivência que se baseiam na moeda e no dinheiro barram sua possibilidade de desenvolvimento e impedem-no, muitas vezes, de cumprir sua condição natural, de acompanhar o desenvolvimento do homem (Borba, 1991). Deixa de ser o

lugar do acolhimento, a hospedagem àquele que passa, descaracterizando-se.

Segundo Gonçalves (1987), os hospitais são organizações complexas, que utilizam alta tecnologia, e conseqüentemente precisam responder rapidamente às exigências do ambiente em constante mutação. Neste sentido, as organizações hospitalares são afetadas pelas mudanças ambientais de forma semelhante ao que ocorre nas organizações industriais e comerciais, sofrendo fases de turbulência e, portanto, merecem especial atenção de pesquisadores e dirigentes (Rodrigues Filho, 1990).

Hoje, existe dificuldade de se delimitar e definir as fronteiras e limites dos hospitais, em grande parte devido aos diversos tipos e modelos hospitalares, como também aos diferentes tipos de gestão. Entretanto, é possível traçar algumas características e funções básicas que acompanham a organização hospitalar desde o seu surgimento. Conforme Borba (1991), o hospital é um sistema aberto que sofre influências da evolução e das mudanças que ocorrem em todos os níveis. O hospital "pulsa pelo coração da sociedade". Cada hospital possui características diversificadas, mesmo dentro de uma mesma região.

Muitas discussões foram realizadas a respeito da definição que melhor expresse o conceito de hospital. No entanto, devido à enorme gama de características desta

organização, é difícil apresentar alguma que englobe todos os aspectos que envolvem um hospital.

Com esta preocupação, Eachern apud Borba (1991, p.43) propôs uma definição utilizando-se da própria complexidade dos hospitais: "De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Como objetivo fundamental, tem ele um simples propósito: receber o corpo humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal".

Corpo humano, em si mesmo mais delicado e complexo que o próprio complexo hospitalar - abrigo do homem -, justo em momento insalubre de sua existência - momento que exige maior hospitalidade. Tal finalidade convida a que se olhe com mais zelo para dentro das organizações hospitalares. Assim, vejamos algumas de suas características e funções.

4.1.1 Características das organizações hospitalares

As organizações de saúde, principalmente os hospitais, são consideradas organizações de grande complexidade, tanto pelas particularidades de seu processo de trabalho como pelo seu ambiente muito específico (Lima, 1994).

Rodrigues Filho (1990) e Shortell e Kaluzny apud Lima (1994) apresentam algumas das diferenças existentes entre as organizações hospitalares e os outros tipos de organizações: 1) a dificuldade de definir e mensurar o produto hospitalar; 2) a freqüente existência de dupla autoridade gerando conflitos; 3) a preocupação dos médicos com a profissão e não com a organização; e 4) a alta variabilidade e complexidade do trabalho, extremamente especializado e dependente de diferentes grupos profissionais.

Segundo estes autores, somente as organizações de saúde possuem todas estas características ao mesmo tempo, embora algumas sejam também observadas em outros tipos de organizações, porém não de forma conjunta.

As condições apresentadas acima significam, para estas organizações e seus dirigentes, um grande desafio que é o da integração do todo organizacional diante da intensa divisão e especialização do trabalho que produz vasta segmentação interna (Lima, 1994).

Apesar da grande importância dada na literatura aos subsistemas tecnológico e estrutural dos hospitais (pois utilizam tecnologia sofisticada e estrutura complexa), uma das suas características fundamentais é a importância que assume seu sistema psicossocial. Uma organização hospitalar não constitui mero arranjo tecnológico no qual pessoas trabalham em conformidade com as exigências do plano de

serviço, ou em conformidade com linhas de comunicação formais e com comandos formais que operam de cima para baixo. Ela é, acima de tudo, um sistema humano social, com uma finalidade bem determinada: devolver saúde, vencer a morte. Abraçá-la afinal.

Dentre os vários grupos que compõem a organização hospitalar, destacam-se os pacientes, a equipe médica, a equipe de enfermagem e a equipe administrativa. Pitta (1994) identifica melhor os profissionais que atuam nestas equipes, citando também os auxiliares, fisioterapeutas, telefonistas, nutricionistas, operadores de máquinas e outros que participam da tarefa de combater as doenças, alongar a duração da vida e até mesmo acompanhar aqueles que morrem.

Portanto, embora seja marcante e necessário o avanço tecnológico e científico neste tipo de organização, é o trabalho do pessoal que determina a "qualidade e eficácia de atenção e tratamento, e, ao longo dos tempos, a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido identificada, cada vez mais, como insalubre, penosa e difícil para todos" (Pitta, 1994, p.18).

Outra característica própria das organizações hospitalares é o desperdício humano, físico, material e financeiro decorrente da dificuldade de administração em consequência da sua complexidade. São conhecidos também os

problemas de relações humanas, informação e comunicação (Borba, 1991).

4.1.2 Funções das organizações hospitalares

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através do seu Relatório número 122, de 1957, declara que: "O Hospital é um elemento de Organização de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar Assistência Médica completa, curativa e preventiva a determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biosocial" (Borba, 1991, p.45).

Analisando-se a história do hospital como organização, pode-se perceber que este tem percorrido um longo caminho na busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções. Pitta (1994) afirma que esta organização nasceu com a incumbência de seqüestrar pobres, doentes e vadios do meio social, a fim de escondê-los e discipliná-los, guardando-os até a morte. Até então, eram locais controlados por religiosos e estavam vinculados à morte e ao isolamento social, não à cura (Foucault, 1985). Eles foram criados durante as cruzadas e peregrinações

medievais, tendo como raízes a hospitalidade religiosa e altruística. "Tendo este tipo de instituição como marco inicial, o hospital varou o século dezenove como o paraíso dos desabrigados e dos miseráveis" (Kast e Rozenzweig, 1976, p.596). Hoje, o hospital possui, em princípio, a função de salvar vidas.

O surgimento do hospital como um instrumento terapêutico pode ser considerado relativamente recente, datando do final do século XVIII. "A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e observação sistemática e comparada dos hospitais" (Foucault, 1985, p.98).

Segundo Foucault (1985), o nascimento dos hospitais, entretanto, não se deu apenas como uma reorganização instrumental da cura, mas relacionado a outras transformações históricas. A relação da medicina com a organização hospitalar não ocorreu devido à doença em si, mas em função de necessidades econômicas. No caso específico do Brasil, conforme Castelar (1995), a evolução hospitalar foi mais influenciada por necessidades emergentes, definições políticas locais ou interesses de grupos, do que por uma real política nacional de saúde, o que ocasiona grandes diferenças entre as necessidades reais e os serviços oferecidos.

Os avanços da tecnologia médica e da medicina científica, ocorridos no fim no século dezenove e início do século vinte, acabaram transformando o papel e as funções do hospital. Nesse sentido, ele deixou de ser considerado um local onde pobres e doentes iam morrer para se transformar na mais importante instituição de tratamento das doenças.

Porém, a primeira grande mudança nas organizações hospitalares não foi gerada pelas novas tecnologias de materiais ou pelos avanços científicos. Conforme Foucault (1985), o primeiro passo para a concepção moderna das organizações hospitalares foi dado através de sua reestruturação interna, resultante das necessidades dos novos objetivos (diagnósticos e tratamentos de doenças). Mais tarde, essas organizações passaram por vários processos de especialização, provocados pelas necessidades ambientais, como as mudanças nas patologias e as inovações tecnológicas. Essas alterações resultaram na caracterização dos hospitais como um tipo diferenciado de organização.

Conforme Silva & Rocha (1986) e Borba (1991), as características específicas de uma organização hospitalar possibilitam a classificação das suas principais funções:

1- Restaurativa, compreendendo: diagnóstico; tratamento de doenças; reabilitação; e emergência.

2- Preventiva, incluindo: supervisão da gravidez e do nascimento da criança; supervisão do crescimento normal e

do desenvolvimento da criança e do adolescente; controle das doenças contagiosas; prevenção das doenças prolongadas; prevenção da invalidez física e mental; educação sanitária; saúde ocupacional; e higiene do trabalho.

2- Educativa, incorporando: graduação médica; pós-graduação, enfermeiros, auxiliares de enfermagem; assistentes sociais e interessados na medicina social e outras profissões correlatas, inclusive a administração hospitalar.

4- Pesquisa, abrangendo: aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença; práticas hospitalares, técnicas e administrativas.

Sem dúvida, a organização hospitalar é extremamente complexa e especializada, sofrendo influências do ambiente instável em todos os níveis. Assim, torna-se bastante difícil identificar funções estáticas e objetivos definidos, como também delimitar de forma segura o âmbito de sua atuação e suas fronteiras. No entanto, sabe-se que esta organização é palco de inúmeras formas de relações. Relações estas permeadas de medos, angústias e inseguranças. Portanto, exigindo formas de compreensão da sua realidade, enquanto lugar na temporalidade do homem.

4.2 A AIDS e as relações sociais no ambiente hospitalar

Weber (1989, p. 45) designa o termo "relação social" como "a situação em que duas ou mais pessoas estão empenhadas numa conduta onde cada qual leva em conta o comportamento da outra de uma maneira significativa, estando, portanto, orientada nestes termos".

O social envolve todas as manifestações da vida inter-humana. Ou seja, a convicção de que grande parte do conteúdo da vida humana consiste nas influências mútuas entre os homens (Wiese, 1977).

Nesta pesquisa trato de um tipo específico de relação social, a relação interpessoal, denominada por Siches (1962, p. 443) de "relações interindividuais". Ele diz que estas relações são as que "se apresentam entre dois ou mais indivíduos, baseados naquilo que cada um deles tem de caracteristicamente individual, como pessoa irredutivelmente singular que cada um deles é". Cita como exemplos de relação interindividual as relações de amor, amizade, simpatia, ódio, etc. E acrescenta que tais relações são estabelecidas e se mantêm precisamente entre as dimensões individuais de cada um dos seus participantes. Já as relações coletivas são as que acontecem devido às funções coletivas que os indivíduos desempenham dentro do grupo; são relações não tanto entre os indivíduos reais,

mas entre os papéis que os indivíduos desempenham dentro da existência coletiva.

Para Siches (1962), as relações "interindividuais", assim como as relações "coletivas", são um tipo de relação social. Delas se derivam outras formas de relação, em grande parte baseadas na diferença entre relações interindividuais e coletivas, que são as relações "primárias" e "secundárias".

Se o homem é alguém que se faz na relação com, é, então, alguém que se constrói na medida em que constrói suas relações com as outras pessoas e com o mundo em que vive.

Aqui, as relações interpessoais estudadas são aquelas vividas pelo profissional de saúde com o doente de AIDS e pelo profissional de saúde com sua família e amigos.

A prática da medicina é um mecanismo mantido pela sociedade para proteger aqueles que dela participam, tanto na prevenção como no tratamento de doenças. Isto pressupõe, em primeira instância, a existência de dois papéis básicos a serem desempenhados: o do paciente e do médico. No entanto, a própria evolução da tecnologia médica vem rapidamente transformando a relação médico/paciente para a relação paciente/equipe de saúde, sendo esta típica do ambiente hospitalar (Parsons apud Marcondes, 1980).

O paciente é quem dá início à dinâmica hospitalar. A saúde, a doença e a morte são as grandes preocupações do

ser humano. A pessoa enferma que está hospitalizada, tende a adotar um comportamento de dependência em relação às pessoas que lhe dão assistência, pela própria necessidade de se sentir seguro.

Strauss apud Marcondes (1980) elaborou um esquema onde procura representar a posição que o paciente assume no hospital como resultante da integração de seis componentes: 1) biológico - o paciente é um organismo; 2) psicológico - que representa sua maneira de sentir, pensar, agir, relacionar-se com os outros e de se auto-avaliar; 3) ambiente - onde se considera o paciente no seu espaço físico no hospital; 4) social - em que o indivíduo, no papel de paciente, atua no sistema complexo de atividades especializadas que é o hospital; 5) cultural - refere-se ao comportamento próprio que reflete elementos familiares, étnicos, religiosos, educacionais, econômicos e ocupacionais; 6) ritmo - que representa os horários próprios do hospital aos quais o paciente precisa se adaptar.

Os profissionais de saúde exercem suas atividades em íntima relação com seus pacientes. As pessoas que estão à volta do paciente também sofrem impactos que se refletem em seus próprios comportamentos.

A questão do relacionamento médico/paciente é tão antiga quanto a própria medicina, pois a comunicação verbal era amplamente explorada para se obter o maior número de

informações possíveis sobre o doente. Com a crescente necessidade de pesquisa e com o conhecimento cada vez mais específico de partes ou sistemas do corpo humano, a tecnologia se encarrega dos avançados recursos para se chegar a um diagnóstico. Ao médico é conferido o direito e o poder de manipular, cortar, examinar, curar e decidir sobre a vida e a morte. A morte, como já colocamos, é repudiada e sempre existe a tentativa de dominá-la. O importante, segundo Leão (1994 p. 139), é que "os valores permeiam as relações e fazem parte da formação do indivíduo, determinando comportamentos e estilo de vida daquele que adoece e daquele que trata".

Muitos fatores influem nesta relação. No caso específico da AIDS, em face das inúmeras interferências sociais provocadas pela doença, os profissionais de saúde se vêem diante de uma questão polêmica nas áreas da biologia, imunologia, conduta profissional e outras, sendo obrigados a incorporar conhecimentos também das chamadas Áreas Humanas e Sociais. Estes profissionais, que muitas vezes trabalham em clínicas, hospitais, consultórios particulares e ambulatórios, quando informados sobre uma infecção pelo HIV, passam a sofrer a interferência de fatores que permeiam a relação profissional com o portador (Hanan, 1994).

Todos nós percebemos, em algum momento, nossa impotência, mesmo que de forma inconsciente. Nossa resposta

a este sentimento é a onipotência. Frequentemente, profissionais de saúde escolhem sua área para lutar contra a morte. Muitos fazem isso conhecendo seus limites; outros sofrem demasiadamente e se sentem "derrotados" pela morte quando perdem um paciente, o que não só faz o profissional de saúde sofrer, como também o impede de poder ajudar seu paciente antes de sua morte. É preciso, conscientes de nossas limitações, ter a sabedoria de utilizar nossa potência, (Cassoria, 1992).

Uma das diferenças básicas entre as pessoas em geral e os profissionais da área da saúde é que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano. Toda doença é uma ameaça à vida e um aceno à morte. Aparecem na relação entre paciente e profissional de saúde muitos sentimentos como impotência, culpa e raiva. O profissional de saúde pode reviver medos infantis, abandono e o medo da própria mortalidade (Kovács, 1992f).

Uma das relações mais importantes no ambiente hospitalar é a relação paciente/enfermeiro. Muitas vezes o enfermeiro é a pessoa mais próxima ao doente, é quem cuida de suas necessidades básicas e que o conhece melhor como pessoa. Manter os pacientes limpos, confortáveis e sem dor é uma tarefa muito difícil. Além disso, nos cursos de enfermagem há pouca ênfase em questões ligadas à emoção. Em geral, mesmo sendo os profissionais de saúde os que lidam

com a morte de forma mais direta e freqüente, são eles os menos preparados (Kovács, 1992f; Torres et. al., 1983).

Conforme Torres e Guedes apud Kovács (1992f), é muito importante caminhar em direção ao medo relativo à morte e ao morrer. Trabalhar com o sofrimento ou a perda do significado da existência pelo paciente pode despertar no profissional as mesmas vivências, colocando-o diante do incompleto e do não-terminado.

Quanto ao fenômeno da AIDS, percebe-se que tanto os pacientes quanto a equipe de saúde refletem o que é passado na sociedade em geral; estabelece-se uma relação dialética, onde cada um é afetado por aquilo que cerca, respondendo positivamente ou negativamente, conforme as suas vivências. Desde que paciente, equipe de saúde e sociedade refletem-se uns nos outros, torna-se compreensível que esta realidade dialética e conflitante tem algo em comum, pois pertencem ao mesmo "mundo" e o percebem (Hanan, 1994).

Dentre os vários tipos de relações que ocorrem no ambiente hospitalar, existe o que se chama relação terapêutica, que, no caso, possui diversas dificuldades no seu desenvolvimento. A pessoa do profissional de saúde também fica sujeita a alto grau de estresse como o paciente. Passível de erro, o profissional de saúde precisa de apoio para o desenvolvimento da fundamental função que desempenha junto a pessoas infectadas com HIV. É necessário um trabalho de retaguarda que auxilie a equipe a elaborar

suas dificuldades, pois nesse relacionamento podem surgir entraves como processos defensivos, medos e preconceitos, para os quais nem sempre os profissionais estão preparados, por serem questões muito mais vivenciais e existenciais do que profissionais (Langone e Vieira, 1995).

Neste sentido, a formação de uma equipe interdisciplinar pode facilitar a integração dos saberes, divisão das angústias e das atribuições. Tal equipe auxilia a comunicação e a cooperação entre os profissionais, o que potencializa a ação do conhecimento de cada profissional da equipe, gerando uma maior tranquilidade no tratamento da pessoa infectada (Langone e Vieira, 1995).

Podemos analisar as relações entre a equipe de saúde e o doente de AIDS de forma semelhante à situação apresentada por Leão (1994) quando trata da relação entre o paciente terminal e a equipe interdisciplinar. É observado que os pacientes passam por um longo período de tratamento, criam vínculos fortes dentro do ambiente hospitalar num momento crítico de suas vidas, muitas vezes próximo à morte.

Muitos são os desdobramentos que se apresentam. Existem aqueles que experienciam o fenômeno da percepção da AIDS porque ela faz parte do seu cotidiano e aqueles que convivem com este fenômeno em diferentes níveis de participação.

Assim, com a preocupação de não alterar o que é percebido em cada relação vivida pelos profissionais de

saúde que trabalham com o doente de AIDS e o significado de cada uma delas, constitui três grupos fundamentais distintos para que seja possível uma melhor visualização do que ocorre nas relações do profissional de saúde com o paciente, do profissional de saúde com os outros profissionais que não trabalham com os doentes de AIDS, e do profissional de saúde com sua família e amigos.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste trabalho utilizo a categoria hermenêutica de compreensão. Categoria esta que consiste no que Heidegger (1971) chama de círculo hermenêutico: 1) partir de uma pré-compreensão do fenômeno, em busca de responder às indagações que nos motivam; 2) passar pelo momento analítico, a partir dos dados manifestos na existência; 3) confrontá-los de tal maneira a chegar à compreensão do fenômeno objeto de nosso estudo. Então, os passos dados nesta dissertação podem ser assim indicados: 1) em busca de um referencial teórico; 2) o estudo de caso; 3) e a confrontação do resultado da análise dos dados com o quadro teórico disponível a mim, neste momento, chegando a algumas constatações e considerações.

Na pesquisa feita utilizei o estudo de caso porque, segundo Yin (1990), é a forma de pesquisa mais apropriada quando se deseja estudar situações complexas. Para Triviños (1992), os "estudos de caso" têm por objetivo descrever uma determinada realidade de forma mais profunda.

É importante salientar que os estudos de caso não fornecem bases para generalização científica. Yin (1990) coloca que o estudo de caso é generalizável a proposições teóricas e não a populações ou universos. Os resultados, portanto, são válidos apenas para o caso que se estuda

(Triviños, 1992). Não é possível generalizar o resultado alcançado para outras situações, sendo essa característica, na visão de Gil (1993), sua principal limitação.

Já para Triviños (1992) é nessa característica que está o grande valor do estudo de caso, pois ele fornece um conhecimento aprofundado de uma determinada realidade, já que os resultados alcançados podem permitir o encaminhamento de outras pesquisas. Nesta direção, Lüdke e André (1986) colocam que, como cada caso é único, singular, a questão da generalização passa a ter pouca relevância. A generalização do que foi apreendido num tipo de contexto para outros contextos semelhantes vai depender do tipo de usuário do estudo. Se ele perceber semelhança de aspectos do caso particular com outros casos por ele vivenciados, poderá estabelecer uma "generalização naturalística". Este tipo de generalização ocorre, em nível de indivíduo, através de um processo que envolve o conhecimento formal, bem como suas impressões, sensações, ou seja, seu conhecimento tácito (Polanyi apud Lüdke e André, 1986).

5.1 O Hospital Nereu Ramos

O Hospital Nereu Ramos (HNR) é um estabelecimento da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado de Santa

Catarina (SES). Foi fundado em 1943 com o objetivo de tratar pacientes portadores de doenças como tuberculose e meningite. Na época, era administrado por religiosas. Criado juntamente com outros hospitais de isolamento como a Colônia Santana e a Colônia Santa Teresa, foi mais tarde ampliado a fim de atender doenças infecto-contagiosas.

Em 1953 e em 1961, o HNR foi ampliado com o objetivo de atender aumento de casos de tuberculose no Estado. Com a política de atendimento ambulatorial ao portador de tuberculose, passou também a prestar atendimento aos portadores de patologias pulmonares diversas.

A partir de 1973, o HNR foi incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), e passou a ser identificado definitivamente como órgão de referência estadual no tratamento de doenças infecto-contagiosas, credenciado pelo Ministério da Saúde e responsável pela captação, tratamento e disseminação de informações relativas à sua área de atuação.

Com o surgimento, em 1985, de uma nova patologia infecto-contagiosa no Estado, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), criou-se a necessidade de uma nova clínica para tratamento da doença. A esta patologia foram dedicados inicialmente 04 leitos, chegando em 1996 a 36 leitos exclusivos para pacientes com AIDS.

Com a grande demanda, foi necessária em 1987 a criação de um ambulatório de infectologia, e seis anos depois o Hospital-dia que recebeu credenciamento do Ministério da Saúde.

Em 1991, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Brasileira em todo o país, hierarquizando a prestação de serviços de saúde, concedendo autonomia para os estados e municípios. Naquele ano, a FHSC deixa de existir, e o HNR transforma-se em integrante da rede hospitalar, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), à qual sua administração ficou totalmente dependente.

Em 1992, foi inaugurada uma ala própria para tratar de portadores do vírus HIV. Ela funcionava até então como enfermaria de tuberculose, e se adaptou ao atendimento hospitalar, ambulatorial e de hospitalização dos portadores de AIDS.

Na história do HNR, registram-se casos de atendimento a várias epidemias ocorridas no Estado de Santa Catarina, tais como a meningite entre 1973 e 1976, sarampo nos anos de 1977 e 1979, poliomielite em 1979 e 1989, difteria em 1986 e leptospirose em 1991, além do tratamento atual à portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Hoje, o Hospital está dividido em especialidades: Pneumologia, Tisiologia e Infectologia na área de clínica

médica. O HNR é o Centro de Referência Estadual nas áreas de tratamento em pneumologia e tratamento e treinamento em HIV/AIDS.

O serviço de Tisiologia e Pneumologia Geral conta com setor de internação com 38 leitos na clínica de Pneumologia e 15 leitos de Tisiologia. Possui ainda 10 leitos para as Moléstias Infecto-Parasitárias (MICA), 36 para o tratamento de HIV/AIDS, 4 apartamentos particulares, 10 leitos para as demais doenças infecciosas, e ambulatório que atende o hospital-dia com 10 leitos.

Westrupp et al. (1993) apresentam as principais características que identificam um hospital de referência:

- núcleo coordenador de pesquisa;
- unidade de teste e desenvolvimento de normas e rotinas especializadas;
- assessoria para os organismos governamentais de políticas para a área;
- articulador dos serviços assistenciais com vistas à prevenção e ao controle da patologia epidêmica;
- planejador e executor de programas de treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos;
- prestador de assistência a casos mais complexos, dada a especialidade;
- supervisor da assistência prestada em nível de sua área de abrangência.

Conforme o plano de ação para 1997, o Hospital Nereu Ramos tem como negócio a melhora da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. Sua missão é "promover a saúde, prestando assistência de qualidade - para atingirmos a excelência do atendimento - aos portadores de Doenças Infecciosas e Pulmonares, atuando como Centro de Referência para o Estado de Santa Catarina, visando o bem-estar do indivíduo, família e comunidade". A visão declarada pela organização é: "Atendimento de qualidade e com resolutividade nas áreas de Pneumologia e Infectologia, com reconhecimento como Centro de Referência nas áreas de tratamento e treinamento para o Estado de Santa Catarina até o ano 2000".

5.2 Dados da pesquisa

As informações sobre o caso foram levantadas através de consulta a documentos organizacionais, observação (dado o envolvimento dos pesquisadores no tipo de instituição estudada) e entrevistas semi-estruturadas, envolvendo todas as funções e níveis hierárquicos. A partir das informações obtidas, resgatei a história do hospital e as percepções

das pessoas sobre as transformações ocasionadas na organização com o advento da AIDS.

As entrevistas foram realizadas de forma individual e em grupo, dependendo da disponibilidade dos entrevistados. A maioria dos profissionais de saúde foram entrevistados no próprio hospital, sendo, no entanto, alguns encontros marcados em outros locais. Os familiares e amigos dos profissionais de saúde foram entrevistados fora do ambiente hospitalar.

As observações colhidas foram resultado de diversas visitas ao hospital desde 1995, o que foi possibilitando uma maior aproximação com a realidade a ser estudada, com seus conflitos e contradições.

A grande maioria das 30 entrevistas realizadas foram gravadas e, posteriormente transcritas, sendo que alguns entrevistados preferiram responder por escrito às indagações feitas. Sendo assim, estas entrevistas foram registradas em papel diretamente pelo entrevistado.

5.3 Análise e interpretação dos dados

A pesquisa qualitativa, pelos tipos de técnicas que emprega, não apresenta delimitação estanque entre a coleta e a interpretação das informações obtidas. Existe um fluxo

constante de informações que são levantadas, logo após são interpretadas, podendo surgir novas hipóteses, o que requer uma outra busca de dados (Triviños, 1992).

A interpretação dos dados, chamada de análise de conteúdo por Minayo (1993), baseou-se principalmente nos seguintes pontos (Triviños, 1992): a) nos resultados alcançados no estudo (obtidos através das respostas da entrevista semi-estruturada, análise documental); e b) na fundamentação teórica.

No desenvolvimento desta dissertação, primeiramente realizei a transcrição de todas as gravações e anotações das entrevistas realizadas. Após esta etapa, analisei o material transcrito, onde pude perceber que as categorias previamente escolhidas evidenciaram-se na maioria das manifestações, comentários, idéias e conceitos sobre as questões que guiavam o estudo. O passo seguinte foi agrupar as manifestações de acordo com o grupo a que pertenciam, de forma a possibilitar a descrição do material. Assim, foram analisados os principais enfoques dados pelos diferentes entrevistados e feita sua correlação com as perspectivas teóricas.

ESTUDO DE CASO

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Conforme explicitado nos Aspectos Metodológicos, a análise dos dados qualitativos desta pesquisa foi realizada a partir dos relatos das observações, das transcrições das entrevistas, das análises dos documentos e das demais informações disponíveis.

Procurei identificar tendências e os pontos relevantes, para então buscar relações e inferências a respeito do tema.

Como já salientei em capítulo anterior, o objeto fundamental da pesquisa centrou-se nos impactos causados pela AIDS nas relações sociais dos profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS no HNR. Para isso, tais profissionais foram estudados nas suas relações com os doentes, com os outros profissionais de saúde que não trabalham diretamente com os portadores de HIV, e com a sua família e amigos.

6.1 O impacto da AIDS nas relações entre profissionais de saúde e paciente

6.1.1 O estigma e a discriminação

O doente de AIDS, por ser portador de uma doença que, conforme Hanan (1994), reúne todos os estigmas de doenças que anteriormente já causaram pavor, apresenta, muitas vezes, as características colocadas por Goffman (1982). Ele diz que o indivíduo estigmatizado, em geral, se isola e torna-se desconfiado, deprimido, hostil, ansioso e agressivo. Esta realidade é percebida pelos profissionais de saúde entrevistados, que falam da marginalização, da revolta que sente o portador; da agressividade, da conseqüente depressão e da dificuldade de relacionamento causada por estas reações:

"Como já são marginalizados, eles próprios criam resistências".

"Muitos pacientes quando ficam sabendo do resultado tornam-se muito agressivos, revoltados, tornando o relacionamento dificultoso".

"A maior dificuldade que temos em lidar com os doentes é a revolta. O medo de ser agredido os torna, em alguns casos, agressivos, depressivos ou totalmente desinteressados".

"Eles são um pouco agressivos, acham que ganhamos muito para trabalhar com eles".

Em consonância com a literatura revisada, pude verificar que as reações emocionais geradas pela descoberta da infecção pelo HIV estão relacionadas não só com a ameaça de morte, mas também com a discriminação, a estigmatização e a marginalização sofridas, quase sempre, a partir da representação social da doença (Souza, 1989; Hanan, 1994). Estas reações emocionais são evidenciadas pela equipe que trabalha com os doentes. Os componentes da equipe sentem que o doente não se aceita como doente e rejeita a doença porque a sociedade a discrimina. Assim, os doentes de AIDS, na visão dos profissionais de saúde que com eles trabalham, têm o sentimento de que todas as pessoas são contra eles.

"Sinto nos doentes de AIDS a rejeição da própria doença por parte do paciente e a não-aceitação deste pela sociedade".

"Sinto que eles não se aceitam por serem portadores. Eles reclamam que todos são contra eles. E muitas vezes a gente não pode fazer nada".

No entanto, de maneira geral, constatei que os pacientes, a partir da descoberta da soropositividade, passado o impacto inicial de dúvida em relação ao resultado, procuram buscar formas mais saudáveis de vida e demonstram uma enorme vontade de viver, o que os leva a uma mudança na própria concepção da vida.

Isso aparece quando os funcionários respondem sobre a reação do portador diante de um diagnóstico positivo e sobre o tratamento feito. Ao se referirem aos doentes alguns enfermeiros falam a respeito da gratidão que sentem muitos doentes pelas pessoas que os tratam e também da vontade de viver que eles passam a ter.

"Eles em geral são muito gratos, eles querem viver, eles não querem morrer".

"Não é fácil dar um diagnóstico positivo. Ao invés de querer se matar ele quer é viver. Isso é o mais comum. Quando ele vê a realidade ele se apega à vida".

Tanto o estigma como a discriminação que sofrem os doentes de AIDS são sentidos pelos profissionais que estão próximos a eles. Desde o diagnóstico, a equipe de saúde do hospital percebe suas diferentes reações, que vão desde a revolta, medo e isolamento, até a vontade declarada de viver mais e melhor.

6.1.2 O enfrentamento do próprio preconceito

Desde que foi criado, o HNR atende pacientes portadores de doenças, como a tuberculose, que também levou muitas pessoas ao óbito. Portanto, a proximidade com a morte e com doenças transmissíveis não é recente na trajetória do hospital. No entanto, a AIDS, com todo seu conteúdo social e econômico, trouxe consigo a necessidade de uma nova postura do profissional da saúde diante da preconceitos e discriminações ditados pela própria sociedade, exigindo, desde o tratamento do primeiro caso em

1985, como salientou uma enfermeira do hospital, "a aceitação do homossexual e do drogado".

A equipe de saúde vive diante da necessidade de enfrentar os seus próprios limites e o preconceito que carrega consigo. Isso fica explícito quando funcionários chamam a atenção para a diferença de valores e conceitos que possuem as populações marginalizadas, bem como para a dificuldade que estas pessoas têm, por se tratar de um grupo de excluídos, de acesso à saúde e aos medicamentos necessários. Tratar de usuários de drogas é uma atividade bastante exigente. Em determinados momentos, os funcionários precisam de um grande autocontrole para que não cheguem à agressão com o doente, que muitas vezes fomenta sentimentos de raiva no profissional.

"Vivemos o enfrentamento constante com os nossos próprios limites e preconceitos".

"Temos que ter calma e não agredir".

"A diferença de conceitos e valores de populações marginalizadas, como por exemplo os usuários de drogas, por vezes dificulta o relacionamento. A dificuldade de acesso destas camadas da população a medicamentos

e outros serviços de saúde também é uma dificuldade limitante".

Para além da percepção da discriminação e da marginalização dos portadores de AIDS, os profissionais de saúde do HNR sentem na pele a realidade dramática dos doentes. Conforme Langone e Vieira (1995), as características afetivas da soropositividade e a personalidade do indivíduo infectado podem potencializar o estresse profissional.

Muitos são usuários de drogas, e com isso possuem, além dos problemas decorrentes da AIDS, todas as reações de um dependente.

Também, a relação existente entre AIDS e sexualidade é relatada pela equipe ao admitir que tal relação e, a proximidade com ela, mexem com as dificuldades íntimas de cada um. Estas declarações dos funcionários vem se somar ao que é dito por Langone e Vieira (1985) sobre o desgaste contínuo que sofre o profissional de saúde ao lidar com as variáveis sócio-econômico-afetivas do paciente e com os conflitos subjacentes à soropositividade ou à síndrome, vinculados à sexualidade e a comportamentos não-valorizados, como o uso de drogas.

"Lidamos com todos os tipos de pessoas.

Usuário de droga, que não te respeita. Não

se trabalha só com os doentes de AIDS, mas com todo o drama que há por trás. Muitos não trabalham ali por isso, não tenho dúvida, porque senão tanto faria estar em uma unidade ou em outra".

"O paciente de AIDS tem uma permanência mais longa. Tem muito envolvimento inclusive com a família. É um paciente que mexe com as nossas coisas mais íntimas. Tivemos que passar a aceitar a homossexualidade. Trabalhar a sexualidade é uma coisa difícil, é um trabalho interno (...). Isso exige muito da equipe".

Mesmo com a disposição e o desejo de enfrentar os limites da vida e os preconceitos, que estão enraizados dentro de cada pessoa e da sociedade, ainda é difícil desmistificar o significado que tem para muitos a AIDS, principalmente por seu conteúdo moral e sua relação com comportamentos ainda desvalorizados e rotulados. Os próprios integrantes da equipe de enfermagem reconhecem este drama. Assumem seus preconceitos e admitem a dificuldade de eles mesmos aceitarem a doença. Como apresenta Sevalho (1993), a epidemia da AIDS trouxe à tona muitos preconceitos morais existentes.

"Eu mesmo tenho ainda alguns preconceitos. É difícil se trabalhar com pessoas que procuram o suicídio, ou a outra metade do sexo, o seu lado oposto, homo. Tento ver o doente como ser humano, e como tal ele tem direitos. E deveres?

"A dificuldade que sinto em lidar com pessoas de grupos já marginalizados pela sociedade está na própria aceitação da doença".

6.1.3 A morte e a limitação da vida

A equipe de enfermagem possui uma função fundamental por ser aquela que está em contato mais direto com o doente, possuindo grande influência e liderança, mantendo relações não-formais por toda a organização, além de estabelecer uma estreita ligação com médicos e pacientes. Isto confirma a visão de Kovács (1992f) e Torres et al. (1983) que dizem que muitas vezes o enfermeiro é a pessoa

mais próxima do doente, é quem cuida de suas necessidades básicas e que o conhece melhor como pessoa.

Também pude constatar que é a equipe de enfermagem que mais diretamente sofre as influências e os impactos que advêm do constante contato com a doença e a morte. Além disso, de acordo com o que é colocado por Torres e Guedes apud Kovács (1992f), trabalhar com o sofrimento pode despertar no profissional as mesmas vivências, colocando-o diante do incompleto e do não-terminado. Segundo algumas manifestações de funcionários do hospital, a equipe de enfermagem "se vê no doente".

"O paciente está ali morrendo e daqui a pouco é contigo. Quando uma doença não tem cura, ela não tem cura prá ninguém, nem prá ti nem prá mim".

"Tenho muita dificuldade de lidar com a perda e principalmente com a morte. Não porque uma determinada pessoa está morrendo, porque muitas pessoas já morreram, mas é porque eu me vejo nos pacientes".

Diante desta problemática, foi possível confirmar o que coloca Fromm (1983) sobre a dicotomia mais primária da

existência humana, que é a dicotomia entre vida e morte. Isto parece ocorrer no momento em que o indivíduo se encontra face a face com o outro, o doente, que o coloca diante da própria impotência, da própria contradição e limitação da vida.

"Criamos vínculo de amizade e confiança com o paciente e em seguida este paciente morre. Então se tem um sentimento de perda, de impotência. Seria muito importante se trabalhar a morte na cabeça do profissional de saúde, pois se lida com isso diariamente".

De acordo com o que apresenta Kovács (1992f), uma das diferenças básicas entre as pessoas em geral e os profissionais da área da saúde é que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano. Toda doença é uma ameaça à vida e um aceno à morte. Assim, aparecem na relação entre paciente e profissional de saúde muitos sentimentos de impotência. O profissional de saúde pode reviver medos infantis, abandono e o medo da própria mortalidade.

Esta realidade do profissional de saúde é vivenciada e traduzida pelos profissionais do HNR, que dizem que muitas vezes se sentem incapazes e impotentes para cumprirem o seu papel diante da situação limite da morte.

"Nos vemos incapacitados de fazer bem a nossa parte".

"Tenho uma sensação de impotência. Um confronto constante com a situação de limite..."

Estes mesmos profissionais estão expostos a uma carga bastante grande de pressões e tensões que causam desgaste e estresse, principalmente pela impotência diante da doença e da morte, pelo retorno constante dos doentes após a alta, pela incapacidade de solucionar os problemas sociais e familiar que envolvem a doença e o doente, como também pela pouca aptidão e falta de retaguarda para lidar com estes fatores.

Os profissionais do HNR sentem esta situação que está em acordo com o que apresenta Kovács (1992f) e Torres et al. (1983), pois argumentam que, embora sejam os profissionais de saúde quem mais freqüentemente e diretamente lidam com a morte, são eles os menos preparados.

Dizem que a morte do paciente interfere nas suas vidas, causando um sentimento de frustração, tristeza, provoca desequilíbrio, mas também serve como aprendizado e alerta para a prevenção da doença.

"A perda do paciente sempre causa um sentimento de frustração e pesar, que nem sempre são trabalhados o suficiente para não interferir na vida diária. Esta situação causa estresse".

"A morte é muito triste quando se trata com paciente de qualquer tipo, mas em relação a paciente com AIDS é muito mais angustiante, pois sabe-se que está condenado, pode levar tempo, mas está condenado pois a cura está longe. Quando a morte começa a chegar perto através de parente ou amigo é muito triste".

"Trabalhar com uma doença que fatalmente ou na grande maioria das vezes leva à morte é uma coisa complicada".

"A morte provoca desequilíbrio, quanto à maneira que ela acontece".

"É saber que ninguém está imune, que, sem os cuidados básicos, todos podem adquirir o vírus".

Observei que os profissionais de saúde, freqüentemente, criam vínculos com o doente e suas famílias. Este vínculo é lembrado por Leão (1994). Segundo o autor, os pacientes passam por um longo período de tratamento, e assim, criam vínculos fortes dentro do ambiente hospitalar. Um profissional do HNR diz que é freqüente o envolvimento tanto com o doente quanto com sua família.

"É de certa forma uma alegria trabalhar com eles; aprendemos a lidar com situações difíceis, trabalhar com a família e amigos. Conviver com a morte muitas vezes é estressante, principalmente quando nos envolvemos com o doente e a família, o que é freqüente. Mas à medida que o tempo passa, vamos nos habituando e aceitando essas condições, sem no entanto ficarmos rígidos".

Médicos, enfermeiros e a equipe de saúde em geral falam dos impactos da morte como algo inexplicável, que provoca pavor e desencadeia reflexões e questionamentos, pois retira a ilusão de imortalidade que o ser humano possui. Conforme Freitas (1992), a morte impõe limites a nossa perspectiva de vida.

"O impacto da morte é inexplicável. Eu sinto compaixão, revolta, frieza, medo, e penso nas mães e família. Acho que é muito difícil explicar, é toda uma união de sentimentos bons e ruins. Eu sofro muito e fico me questionando".

"A morte dos pacientes nos causa tristeza, reflexões sobre os valores da vida impostos pela sociedade".

O medo da morte, comum a todos os homens, é sentido fortemente pelas pessoas da equipe do HNR. Eles falam do pavor da morte e da identificação com a morte do outro. Esta realidade é apresentada por Becker (1976) ao afirmar que o medo da morte é universal na condição humana.

Um dos profissionais se manifesta a este respeito, reconhecendo que todos os homens têm medo da morte, e que com o doente de AIDS, apesar do tempo de evolução da doença e da preparação para a morte que poderia ocorrer neste tempo, quando ela se aproxima, vem o pavor.

"Todo mundo tem medo da morte. Com o paciente HIV, todos vão se adaptando à doença. Mas, quando a pessoa piora, volta o pavor".

Para Boemer (1989) nossa primeira experiência de finitude acontece através da morte dos outros. O dilema da morte de um paciente traz à tona no profissional o medo da sua finitude como é dito a seguir por um deles:

"Quando morre alguém, eu penso em mim, penso na minha família, penso nos meus filhos. Agora eles estão comigo, depois eu não sei".

A morte do doente de AIDS pode ser identificada também como um castigo que o portador recebe pelo seu comportamento desvalorizado pela sociedade. Ao mesmo tempo, a punição da morte parece que purifica e surge como possibilidade de uma outra vida. Alguns dos integrantes da equipe que trabalha com os doentes dizem que a doença pode ser evitada, responsabilizando, de certa forma, o doente pela infecção, sugerindo que ela ocorre como punição pela escolha de um comportamento pouco aceitável.

"Sinceramente para mim a morte não causa nenhum impacto. A doença pode ser evitada, e a morte tem que ser encarada. No meu ponto de vista a morte é renascer, então por que ter medo de renascer"?

A morte dos pacientes, para alguns profissionais, passa a ser até mesmo um alívio. Eles se dizem muito cansados com o sofrimento que presenciam, não só o sofrimento físico mas também o sofrimento pelo abandono vivido por muitos doentes. Assim, a morte vem como um descanso tanto para o doente quanto para os profissionais de saúde que sofrem com o sofrimento dos doentes:

"A morte, no meu modo de ver; é um descanso para tais pacientes, pois uma pessoa com AIDS sofre, pena muito quando encontra-se em fase final. Quanto à doença, fazemos o possível para lhes proporcionar conforto, alívio da dor. Eu particularmente sofro muito juntamente com os doentes. Sou sentimental demais, sofro junto com eles".

"O sofrimento é tão grande! A gente luta pela vida deles e não tem resultado nenhum. É muito sofrimento, muito triste. Eu estou muito cansada com isso".

"A morte do paciente muitas vezes alivia um pouco a carga emocional, porque se via que aquele sofrimento ali era muito grande e era melhor até que ele fosse logo".

"Dependendo do paciente, a morte até pode ser um descanso. Na doença eles sofrem muito pelo medo de aparecer em público, encontrar pessoas conhecidas e serem abandonados pelos amigos e até familiares".

Aparece também a necessidade de "separar" os sentimentos e as emoções das vivências diárias. Algumas manifestações de determinados profissionais demonstram a necessidade de se manter longe dos vínculos que podem gerar a sensação da morte próxima. Isto é explicado por Kovács (1992c) quando salienta que a morte do outro é a vivência da morte em vida. É a possibilidade da experiência da morte que não é própria, mas é vivida como se uma parte nossa morresse, uma parte que está ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos.

"Eu não me envolvo com a morte dos pacientes. Eu nunca chorei por nenhum. Antes de eu trabalhar no Nereu, eu já trabalhei em outros hospitais, e logo que eu comecei foi dito pra mim que eu tinha que separar as coisas, e eu passei a separar bastante. A morte de um paciente não me atinge".

6.1.4 As mudanças na própria vida

Hanan (1994) afirma que a AIDS vem minando valores e desafiando a humanidade. Através da metodologia já explicitada anteriormente, foi possível verificar algumas mudanças nas relações sociais no sistema psicossocial do Hospital Nereu Ramos após o advento da AIDS, mas sobretudo uma mudança no plano individual e pessoal daqueles que trabalham diretamente com o doente HIV positivo. Estas mudanças atingem de forma marcante a vida de enfermeiros, médicos e atendentes do hospital, gerando até mesmo mudança nas suas crenças, valores e modo de vida. Os médicos e enfermeiros conseguem expressar estas mudanças, de forma genérica, falando de uma mudança de princípios, de valores, inclusive em uma dimensão espiritual.

"Mudei muito..., principalmente em termos de valores, princípios, julgamentos e solidariedade".

"Comecei a dar mais valor à vida, isso para mim é uma grande mudança".

*"Passei a ter uma maior espiritualidade,
mais fé".*

*"A vida da gente muda mesmo. A gente
passa a dar valor para o mundo. É uma
mudança total".*

As mudanças de cada um são sentidas interiormente. Mais do que uma expressão, é uma nova realidade na própria vida. Porém, nem todos conseguem definir claramente o que significam estas mudanças; apenas sabem que mudaram e que a relação com o doente de AIDS deu nova dimensão para suas vidas.

"Passei a gostar mais de viver".

*"Sinto mudanças em mim em relação ao modo
de viver".*

Como ocorre com os portadores, alterações emocionais não são sofridas apenas pelos portadores, mas também por toda a equipe de profissionais que assistem os doentes, principalmente nas suas vidas particulares, chegando em muitos casos a gerar "medo da vida". Alguns profissionais se referem a uma mudança de vida. Estas alterações emocionais são percebidas e comentadas por Souza (1989) e

Hanan (1994) quando falam sobre à intensa reação emocional que a descoberta da infecção pelo HIV pode causar na relação entre paciente/médico/enfermeiro.

"Minha vida mudou completamente, tenho medo, medo da vida. Não consigo imaginar o que vai acontecer comigo quando morrerem alguns pacientes que tenho mais contato"...

"(...) não sei direito o que aconteceu comigo, tenho vontade de mudar tudo na minha vida, trocar de emprego, de cidade (...)".

As mudanças na vida dos profissionais se traduzem em uma maior valorização da saúde e da vida, como é dito por alguns membros da equipe que afirmam ter passado a basear-se em novos valores. Porém, se referem à situação de grande estresse e depressão que antecede ao reconhecimento destes novos valores descobertos através da proximidade com o sofrimento, a dor e a morte.

"Desde de que comecei a trabalhar com os doentes de AIDS, comecei a dar mais valor à saúde, à vida e à própria morte".

"(...)Passei a respeitar e valorizar mais a vida".

"Diante da morte, eu consegui valorizar mais a vida, ver o quanto é frágil o corpo humano. No início foi um baque, uma situação altamente estressante e que facilmente levava à depressão".

"Sinto que me tornei mais humano e compreensivo com as pessoas, não só com portadores do HIV".

As mudanças aparecem também na busca de mais conhecimento como forma de encontrar respostas para os questionamentos incitados pela AIDS. Um membro da equipe diz que através do conhecimento pode compreender melhor o doente, e assim não se coloca como alguém que questiona o doente, ou que faz julgamentos reforçando os preconceitos vigentes:

"Fiquei mais humana, tenho procurado estudar e fazer cursos onde adquiro maior conhecimento para entendê-los, sem questionar o certo ou errado".

Existe uma maior consciência da necessidade de prevenção e informação, o que é transferido ao círculo de amizades e familiares. Como é colocado por alguns profissionais do HNR, eles passam a ter um maior cuidado nas situações de risco e procuram alertar as pessoas na sociedade para a necessidade de tomar medidas de precaução. Esta consciência dos perigos tem levado, segundo eles, à conscientização das outras pessoas:

"Hoje o cuidado é maior, e procura-se alertar as pessoas (amigos, parentes, estudantes, etc.) para os perigos com a falta de prevenção e informação".

"Passei a me conscientizar mais dos riscos, com isto a me cuidar mais e conscientizar também os outros".

Pude também enxergar os sinais de mudança pessoal dos profissionais quando alguns deles se referiram ao aprendizado da esperança, à solidariedade e ao exercício do amor, que passaram a estar presentes nas suas vidas. A relação do profissional de saúde de AIDS, tanto pelas características da doença como pela luta pela vida e os vínculos criados, tem gerado na equipe do hospital um

crescimento afetivo, levando a atitudes de maior tolerância:

"É uma escola. Aprendemos a ter esperança, luta, solidariedade. Aprendemos até a nos amar. É um crescer afetivo, emocional".

"Hoje tenho mais tolerância e solidariedade".

"Passamos a ver as coisas mais nítidas, claras perante a vida do ser humano".

A experiência de autoconhecimento que o envolvimento com a doença proporciona aos médicos e à equipe de enfermagem também foi identificada como sintoma de mudança individual. Conforme a visão de um dos médicos do hospital e de um componente da equipe, existe falta de preparo para que eles possam lidar com os próprios sentimentos. Mas a experiência com o doente de AIDS tem contribuído no sentido de proporcionar um maior crescimento do profissional que se sente evoluindo como pessoa. Esta situação parece muito ter sido gerada pela necessidade de ter que tratar com um fato novo, que provoca intensa reação emocional e que ainda está para ser totalmente desvendado:

"O médico não é preparado para tratar dos seus sentimentos. É uma experiência muito rica. Você consegue crescer como pessoa".

"A equipe cresceu junto, aprendeu junto e foi aprendendo sobre a doença".

A esperança de uma outra vida é revelada na proximidade com a morte e a doença. Mais uma vez o vínculo criado com o paciente e a família aparece na vida dos profissionais do HNR como fator importante na relação com o doente.

"Criamos vínculos afetivos. Tem muitos que chegam desde o exame. Pegamos muitos desde o início. Os pacientes confiam em nós, conversam conosco. Acabamos nos envolvendo com a família. É muito doído quando eles morrem. Arrumar o corpo. Choramos junto. Eu sofro a perda do paciente. Eu creio que ele vai para uma vida melhor porque estava sofrendo muito. Isto dá muita força".

6.1.5 O despreparo dos profissionais de saúde e a falta de suporte institucional

Muitos dos profissionais do HNR manifestaram-se de forma semelhante quanto à necessidade existente de um apoio institucional de suporte emocional e psicológico aos funcionários. A grande maioria dos membros da equipe de saúde admite que seria de grande valor um suporte emocional e psicológico que auxiliasse a experiência diária com o doente.

"Não existe nenhum apoio. Acho que seria importante a existência de um trabalho de apoio psicológico aos funcionários".

"No momento não temos nenhum tipo de acompanhamento psicológico. Às vezes fazemos reuniões com a equipe como forma de extravasar. Assim como festinhas... É de suma importância trabalhos com os profissionais com auxílio de psicólogo, utilizando dinâmicas para inclusive relacionamento interpessoal".

"Deveria haver um trabalho permanente de apoio aos funcionários que lidam com este tipo de clientela".

"Apoio psicológico seria interessante".

"(...) Um trabalho assim de apoio seria de muita utilidade e importância".

A falta de apoio emocional e psicológico é sentida à medida que os profissionais de saúde se vêem diante de situações limite que muitos não possuem condições básicas para suportar. Estas condições dizem respeito às vivências individuais, aos medos inerentes à condição humana e aos próprios preconceitos.

"Não temos nenhum tipo de trabalho assim, é claro que seria muito importante pois nem todos são iguais, uns são mais fortes emocionalmente, outros nem tanto".

"Não existe, mas deveria. Há pessoas que trabalham com os doentes de AIDS e que ainda não superaram a diferença entre a doença e a pessoa que a tem".

"Deveria haver um apoio institucional de acompanhamento psicológico para os funcionários, para que a doença e a morte não os brutalizasse, indo a uma indiferença total".

O que existe no hospital é uma escala de trabalho e uma jornada de trabalho um pouco diferenciadas para os profissionais que lidam com os doentes de AIDS, pelo fato de que esta atividade é considerada mais exigente e desgastante para a equipe.

"Temos uma jornada de trabalho um pouco reduzida, com direito a uma folga por mês. No sentido psicoterapêutico não temos nenhum acompanhamento. Ele é extremamente necessário, pois em muitas situações doente não tem condições de cuidar de doente".

Além destes fatores, as pressões, muitas vezes decorrentes do grupo familiar do paciente e do próprio paciente, e as características da personalidade dos portadores, principalmente dos usuários de drogas, tendem a potencializar o estresse do profissional, que, na maioria

das vezes, não se encontra apto a lidar com tais situações. Estas constatações feitas no Hospital Nereu Ramos vão diretamente ao encontro do que colocam Langone e Vieira (1995) sobre o despreparo dos profissionais, os quais não possuem na sua formação conteúdos específicos de psicologia das relações humanas e de dinâmica familiar, bem como nenhum tipo de acompanhamento humano-psicológico no local de trabalho.

"A situação não é só aqui, qualquer médico pode se ver na situação de ter que dar um resultado positivo. Nem sempre o médico está preparado. Muitas vezes o profissional encaminha pra cá para a gente dar o resultado. Porque ele não se sente seguro, fica difícil de dar o resultado. Realmente precisaria de um acompanhamento".

"Dentro do trabalho direto com a AIDS, há um certo aumento do estresse, onde o funcionário trabalha mais sob pressão devido ao alto número de pacientes dependentes, à relação mais direta com a morte, maior número de medicação, doenças dos mais vários tipos".

Como observam Langone e Vieira (1995), as equipes que trabalham com os doentes portadores de HIV não possuem suporte institucional à sua saúde mental. Este fator, no caso do HNR, tem causado queda de motivação para o trabalho, ansiedade, medos difusos, problemas de comunicação na relação terapêutica, forte impacto da vivência com a doença e a morte, como também alterações emocionais e de comportamento na vida destes profissionais.

"Este tipo de apoio seria imprescindível, pois, quando entramos em uma quantidade "x" de atividades estressantes, tendemos a enfrentar de maneira não-afetiva, prejudicando a qualidade do serviço e o equilíbrio emocional funcionário/cliente".

"Não existe nada, mas é necessário. Trabalhar com pacientes portadores do vírus é muito desgastante, são pessoas sofridas e marginalizadas e, por isso, muito amargas, e porque também se trabalha muito com a morte, que, de um modo geral tem uma carga emocional muito grande, passando muitas vezes para o funcionário".

"...eu acho que seria muito importante a figura de um profissional que dê apoio à equipe, pois esse tipo de paciente exige um tratamento, uma assistência bastante qualificada, o que a torna estressante e cansativa, sem falar da estrutura emocional que a equipe deve ter para poder prestar uma assistência adequada ao paciente".

O hospital oferece aos funcionários, desde a sua contratação, treinamento específico chamado de funcional. O objetivo é integrá-los e informá-los sobre sua nova função. Não só em relação ao seu trabalho no HNR, mas também sobre a sua condição de funcionário público estadual. Além deste treinamento funcional, existe um treinamento sistemático, realizado com o objetivo de prepará-los nas questões técnicas.

De maneira geral, todos os entrevistados revelam a carência e a importância de um acompanhamento em nível psicológico inserido de forma global no contexto social e humano da AIDS. Segundo as informações obtidas, esta lacuna existe por falta de psicólogos e médicos psiquiatras, profissionais indispensáveis para este tipo de atendimento. Conforme o que foi observado pelos funcionários, "nenhum hospital possui este tipo de acompanhamento; porém, ele seria muito importante".

Este tipo de lacuna é realmente muito observado, uma vez que a vivência da morte do doente traz consigo inúmeras sensações inexplicáveis para a maioria das pessoas que com ele convivem no ambiente hospitalar. Quase que a totalidade da equipe de saúde se mostrou extremamente fragilizada por esta realidade.

6.1.6 A preocupação com a realidade do doente após a alta hospitalar

Outro grande problema encontrado pelos profissionais que trabalham com doentes de AIDS, é a preocupação permanente com as possibilidades de os doentes obterem os cuidados necessários após a saída do hospital. O serviço de Assistência Social do HNR tem como uma de suas atribuições buscar a aceitação do doente pela família.

Muitos dos portadores são totalmente rejeitados nas suas casas; outros moram em asilos ou na rua. Portanto, existe uma preocupação com o doente que ultrapassa os limites físicos do hospital e procura, de alguma forma, reintegrá-lo na sua família e na sociedade. Esta preocupação dos funcionários tem como um dos principais objetivos tentar adiar o retorno do paciente ao hospital, o

que quase sempre acontece juntamente com um agravamento do seu estado de saúde.

"Alguns doentes acabam permanecendo mais tempo aqui, porque não têm para onde ir (...)".

6.1.7 Síntese

A relação do profissional de saúde com o doente de AIDS é, como pude perceber pelas manifestações da própria equipe que atende aos doentes, permeada por muitos sentimentos, muitas vezes não identificados claramente.

A primeira percepção dos profissionais refere-se ao estigma e da discriminação que sofrem os doentes na sociedade e até mesmo na sua família. Reconhecem, também, que eles mesmos possuem preconceitos que são amenizados a partir do contato direto com os doentes. Na verdade, eles se colocam diante destes preconceitos, e de muitas outras situações de vida, e passam a ter que enfrentá-los. Este enfrentamento que se dá no face-a-face com o doente carrega consigo todos os medos humanos, todas as fragilidades, coloca-os diante da impotência e dos limites da própria

vida. A proximidade com a morte constantemente potencializa o medo de todas as pessoas e percebe-se claramente que a morte do outro, ou seja, de um doente, faz com que o profissional de saúde visualize a sua própria morte e a das pessoas próximas a ele.

Tudo isso parece ser agravado pelo despreparo profissional, pois não existe na sua formação básica conteúdos capazes de fornecer auxílio no tratamento de pacientes portadores de doenças que facilmente levam à morte, acarretando todas as consequências que vimos nas pessoas envolvidas no tratamento destes doentes. Soma-se ainda a falta de um apoio institucional que traga suporte psicológico e psicoterapêutico aos funcionários que, muitas vezes, se vêem diante de situações limite sem ter condições próprias de superação.

A percepção do estigma da AIDS, o enfrentamento do próprio preconceito, o medo da morte e a vivência da condição limitada da vida humana que acontecem no face-a-face com o doente geram novas formas de compreensão do ser humano, levando a uma mudança na visão de homem e de mundo que cada um possui, o que indica novos valores e outra perspectiva para viver a própria vida.

6.2 O impacto da AIDS nas relações entre profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS e outros profissionais de saúde

6.2.1. Relações entre os profissionais do HNR

As relações entre os funcionários que trabalham com os doentes de AIDS, e os que não trabalham com eles, dentro do HNR, não recebem grande impacto gerado pela maior ou menor proximidade que possui o membro da equipe com o paciente. Todos os entrevistados se dizem aceitos e integrados no hospital; no entanto, alguns falam de um certo grau de discriminação e preconceito. Os médicos, enfermeiros, auxiliares e atendentes se referem aos outros profissionais do HNR dizendo que, principalmente os novos funcionários, chegam carregados de preconceito, o que sugere que,, com o passar do tempo e o contato direto com os doentes e sua realidade, desfazem-se, em parte, os sentimentos trazidos pela vivência na sociedade com suas construções que levam ao preconceito.

"Tem funcionários novos que chegam que têm preconceito com os profissionais que trabalham com os doentes".

"O profissional de saúde em primeiro lugar é ser humano, que tem medos e atitudes. Não dá para generalizar que a relação é ruim, mas é um pouco dificultada por alguns profissionais".

Também pude verificar que, mesmo em nível reduzido e de forma velada, o preconceito e a discriminação convivem com os profissionais que não trabalham diretamente com os doentes de AIDS no HNR.

"Percebo um pouco de discriminação nos profissionais que não trabalham com os doentes".

"Infelizmente ainda se vê preconceito entre as pessoas que não trabalham diretamente com os pacientes de AIDS".

Enfermeiros percebem as críticas feitas pelos profissionais que trabalham em outras unidades do hospital, em relação ao trato com os doentes. Segundo eles estas críticas escondem o preconceito existente:

"Alguns funcionários que trabalham nas outras unidades acham que os funcionários que trabalham com os doentes e portadores protegem demais os pacientes. Na verdade, cada um destes funcionários não está preparado para tratar com o paciente, não vai tratar porque o preconceito nele também existe".

"(...) as pessoas de outros setores não admitem que haja tantos desvelos para com o doente de SIDA".

Foi constatado que funcionários que lidam com os portadores de HIV positivo possuem algumas vantagens no que se refere ao horário de trabalho e folgas, por ser considerado um tipo de trabalho mais desgastante e estressante que o de outros setores. Isto, devido à dependência dos doentes, à vivência constante da situação

de impotência e ao retorno constante da maioria dos pacientes ao hospital, gerando, também, desmotivação pelo contato permanente com a dor e a morte. As referidas vantagens nem sempre são bem entendidas pelos profissionais que trabalham nas outras unidades do hospital.

"É uma das unidades mais pesadas em termos de serviço. Ele é um paciente complexo que exige muito da equipe. Gera um estresse maior da equipe (...). A administração acaba tendo que ter um tratamento diferenciado com os profissionais".

Embora exista um incentivo ao rodízio dos funcionários por todos os setores do hospital, há aqueles que se negam a passar para a unidade dos portadores de HIV. Da mesma forma, existem aqueles que não querem sair da unidade dos doentes de AIDS. Este fenômeno, segundo os entrevistados, ocorre de maneira distinta em cada pessoa, dependendo das suas experiências de vida e de sua vivência familiar.

"Existem funcionários que não querem trabalhar com os doentes de AIDS. Têm medo do desconhecido, têm muita fantasia em relação à AIDS. As agressões que existem

são quase sempre em função da abstinência da droga. Muitos que lidam melhor com essa situação é porque já viveram algum caso na família".

"É difícil às vezes conseguir funcionário para trabalhar aqui na ala".

"De um modo geral, na sua maioria, observamos uma grande dedicação, envolvimento e empenho na prestação de serviços assistenciais ao indivíduo HIV/AIDS, por parte da equipe que trabalha diretamente na infectologia. Porém, notamos um certo grau de resistência por parte de alguns servidores das outras unidades de internação quando necessitamos dos mesmos para trabalhar no referido serviço. Preconceito? Medo? Doenças mais complexas, requerendo maior envolvimento na assistência? Mais trabalho? Maior desgaste emocional"?

O pânico e o medo excessivos são substituídos pelos procedimentos necessários e indispensáveis em qualquer clínica ou hospital que receba pacientes, seja portador de

HIV ou não. Desta forma, o medo irracional, a arrogância, a recusa de prestação de assistência, a discriminação e a falta de solidariedade são diminuídos, porém permanecem de certa forma.

"Entre os que trabalham existe o respeito e o cuidado pela contaminação. Os que não trabalham a maioria tem medo".

"Percebo que entre os profissionais que trabalham com os doentes de AIDS existe o medo da contaminação, porém tentam se proteger com materiais de biosegurança. Aceitam esses pacientes, tentam respeitá-los e entender o porquê da revolta, ansiedade que eles demonstram".

"Existe a ignorância sobre o assunto. Automaticamente quem não conhece tem medo e não se aproxima, e quem conhece sabe que não há perigo em trabalhar, fazer um carinho, ou simplesmente dar um sorriso".

6.2.2 Relações com profissionais de saúde de outras instituições

Uma relação permeada por maior preconceito, medo e discriminação é sentida pela equipe do HNR em relação aos profissionais de outras instituições de saúde:

"Infelizmente, nós que trabalhamos diretamente com os doentes de AIDS sentimos que os outros profissionais têm certa resistência. Podemos citar como exemplos: marcar consulta, exame. Geralmente são os últimos a serem atendidos ou não são aceitos em determinadas clínicas".

O estigma da AIDS se estende ao próprio HNR. O hospital não possui UTI, o que limita muito as condições de atendimento dentro do hospital. Pacientes do HNR que necessitam de tratamento intensivo precisam ser encaminhados a outros hospitais da cidade que possuam esta unidade. Assim, os membros do HNR percebem que existe medo e preconceito por parte dos outros hospitais, que colocam restrições para receber os doentes de AIDS e, muitas vezes ao saber que é um doente do Nereu Ramos, negam a vaga.

A equipe de saúde sente a rejeição, percebe que o hospital como um todo é "frisado".

"Quando se pede uma vaga na UTI de outro hospital, a primeira pergunta que fazem é: "É AIDS"? Os hospitais, em geral, dizem que não tem vaga. O Nereu é frisado".

"É muito difícil trabalhar aqui para salvar vidas. Falta UTI no hospital e existe rejeição dos outros hospitais".

"Com os profissionais que não trabalham diretamente com os doentes de AIDS, às vezes existe falta de consideração com o ser humano".

Muitos profissionais, segundo um membro do Nereu Ramos, não tratam os portadores; preferem encaminhá-los diretamente ao HNR, muitas vezes por discriminarem estes pacientes ou por medo.

"Entre os que não trabalham diretamente com os doentes, há muita discriminação ainda. Não aceitam consultar, encaminham

diretamente para o HNR. Não entendemos o porquê. Será medo”?

“É uma relação normal, porque hoje em dia o profissional de saúde pode estar lidando com um portador sem saber da situação do mesmo”.

“Percebe-se por parte de alguns a rejeição com relação à doença e ao paciente. Não percebo diferença na relação entre profissionais de saúde de outras unidades e entre os que trabalham com portadores de AIDS”.

“...os que não trabalham diretamente ainda são muito preconceituosos”.

6.2.3 Síntese

Foi possível verificar que, ainda hoje, a AIDS causa medo entre os profissionais que, eventualmente, entram em contato com a doença. No HNR, este medo é amenizado e

desmistificado pela constante atualização do corpo de profissionais, pelos treinamentos sistemáticos que são feitos e, principalmente, pela observância das normas de biosegurança, que nem sempre são utilizadas com rigor em outras instituições de saúde. Por isso, todos os profissionais que atuam diretamente ou indiretamente com os doentes de AIDS no HNR sabem que qualquer pessoa hoje pode ser portadora do HIV.

Pude observar também que os profissionais do HNR sentem os gestos de preconceito e a dificuldade de trabalho conjunto por parte das pessoas que trabalham em outros locais ligados à saúde e ao atendimento médico.

6.3 O impacto da AIDS nas relações entre profissionais de saúde, família e amigos

Um elemento fundamental observado foi a categorização por que passam os doentes de AIDS na sociedade como um todo. Este "estigma" e o preconceito são amplamente verificados na percepção dos profissionais que trabalham no HNR, estigma e preconceito que se estendem aos próprios funcionários.

"É um horror para muitos quando se fala que se trabalha no Nereu, é o estigma. Até mesmo para contratar gente existe muita dificuldade. Quando sabem que é para o Nereu, ninguém quer. Existe muita desinformação".

Portanto, é possível verificar que há preconceito e discriminação com os portadores de HIV, e, ainda mais, o estigma existente, o preconceito e a discriminação passam a fazer parte das vidas dos funcionários na sua relação com a sociedade em geral. Apesar disso, a quase totalidade dos funcionários asseguram que acham melhor trabalhar no HNR, pois conhecem o paciente que recebem, enquanto que em outros tipos de hospitais recebe-se qualquer tipo de paciente, sem muitas vezes serem obedecidas as normas de segurança.

"Aqui sempre utilizamos as normas de biosegurança, estamos muito mais protegidos do que qualquer outro lugar, um atendimento de emergência, por exemplo, onde se sabe que muitos profissionais não tomam nenhum cuidado. Hoje qualquer um de nós pode ser portador, então sempre se deveria ter cuidado".

Quanto às relações entre funcionários e sua família e amigos, a maioria dos entrevistados coloca que, além do estigma, do medo e da preocupação existentes nas suas famílias, há, ainda, uma percepção das mudanças que ocorrem na vida daqueles que começam a trabalhar no HNR, chegando a ser esta mudança verificada e explicitada pelos familiares e amigos. Como foi dito por alguns entrevistados:

"Meu filho mudou, mudou muito depois que foi trabalhar naquele hospital...".

"Achei que a minha filha queria se matar, que ela estava maluca. Depois vi que ela ficou muito mais tranqüila do que era antes".

A família, como um grupo de referência, tem a tendência de, com o tempo e com uma maior compreensão da doença e suas formas de transmissão, dar apoio àquele que trabalha com o doente de AIDS. Alguns funcionários dizem que, logo que começaram a trabalhar no HNR, havia muito preconceito e medo por parte da família.

"No início minha mãe tinha muito preconceito, ela não aceitava, mas agora o

problema já está contornado, depois de muito diálogo e explicações".

"Atualmente não existe mais preconceito e discriminação em casa. No início havia certa resistência aos cuidados quanto à transmissão das doenças oportunistas e também por causa dos pacientes usuários de drogas".

"No início sofri pelo preconceito em casa. Mas, na medida que as dúvidas foram esclarecidas, o preconceito termina".

"No início foi meio difícil. Depois, com as explicações e diálogos com comparações com outras áreas de trabalho, demonstrei que é uma síndrome como outra qualquer e que haveria de ter algum profissional que se especializasse nesta área".

Membros das famílias dos profissionais admitem o medo inicial e acrescentam que, com o passar do tempo, com o diálogo e a maior compreensão sobre os mecanismos da doença e as formas de transmissão, o preconceito e o medo vão diminuindo.

"Acho perigoso o contato direto com os pacientes. Aos poucos estou me acostumando e conversando com ela (filha) sobre as formas de contágio da doença. Com isso a minha angústia tem diminuído".

Foi possível perceber que ainda existe certo pânico do grupo familiar relacionado à ignorância quanto às formas de transmissão da doença. Os profissionais do HNR sentem a resistência inicial da família:

"Quando decidi trabalhar com esse tipo de paciente, houve resistência por parte de minha família. Manifestavam-se dizendo que eu era louca. Minha mãe dizia: "Não minha filha, não vá se expor desta forma, e se você se machuca ou se eles te agredirem..."

"O medo de eu contrair o vírus os assombrava. Com o tempo, após discussão em família, foram se habituando ao fato. Percebo que hoje se interessam por reportagens, artigos sobre HIV, e inclusive mandam para mim".

"No início minha família manifestava medo de contaminação, inclusive por picadas de insetos, mas agora já é normal".

Muitos familiares gostariam de poder impedir o trabalho de alguém da família no HNR. O que determina esta posição é, principalmente, a condição do doente, ou seja, ele ser um usuário de droga, um presidiário.

Muitas vezes se percebe que o preconceito e a discriminação se escondem atrás da manifestação do medo.

"A minha mãe não queria que eu trabalhasse neste hospital de jeito nenhum".

"Minha família tem preconceito, por serem os pacientes, na sua maioria, drogados, presos. Consideram alta a periculosidade do setor, sentem medo de algum tipo de agressão".

"Sofremos preconceito e discriminação, da família, namorado. Não é uma rejeição mas existe muito medo".

"Eu disse para a minha filha que por favor fosse trabalhar em outro hospital, será que não tem outro hospital?"

Para alguns familiares a AIDS ainda é um tema que deve ser ignorado. Sendo um estigma, a AIDS ainda para muitos é tratada como uma "peste" que gera vergonha e pânico, e assim não deve ser mencionada:

"A minha família continua não querendo saber de falar sobre AIDS".

Outros consideram um ato "heróico" a proximidade com o doente. Sendo a AIDS tão "pavorosa", aquele que tem coragem de se aproximar dela deve ser considerado como alguém que age como um herói.

"Minha família e meus amigos acharam digno de minha parte a coragem, pois trabalho desde 1982 com pacientes HIV positivos".

Muito mais do que a família, os amigos e a sociedade em geral passam a estigmatizar a pessoa que se aproxima do doente de AIDS e tem com ele um contato mais direto. Esta "difusão do estigma" é sentida pelos funcionários.

Homens "normais" que, por uma ou outra razão, participam intimamente da vida do indivíduo estigmatizado - como é o caso dos profissionais de saúde que trabalham diretamente com os doentes de AIDS - passam a enfrentar os problemas do indivíduo estigmatizado pelas ondas de intensidade decrescente, que são as ondas de difusão de um estigma que vão se espalhando nas suas relações próximas (Goffman, 1982).

"...tem muita gente que nos olha como doente já".

"... meus amigos e as pessoas que conheço têm problemas com o trabalho que faço, primeiro com o próprio hospital, por atender doenças infecto-contagiosas e, principalmente, quando digo que trabalho com HIV positivos".

"Eu sinto muito o preconceito das pessoas comigo quando digo que trabalho no Nereu".

"Alguns amigos meus, quando sabem que trabalho com pessoas doentes de AIDS, se aterrorizam".

"É um tabu. Muitos dizem que não tem preconceito, mas tem".

O isolamento a que são submetidos por parte dos amigos faz parte da vida daqueles que trabalham com os doentes de AIDS. Segundo Pádua (1986), as representações sociais da doença não se limitam ao âmbito da doença e do doente, mas podem se estender a outros níveis através da contaminação social que ocorre ao nível do imaginário. Assim, instituições de saúde que tratam dos doentes e os profissionais que atuam na área são "contaminados" e passam a ser agentes desencadeadores deste processo emocional estigmatizante, gerando condutas afastadoras.

Muitos dos profissionais do HNR têm passado por esta experiência descrita por Pádua (1986).

"(...) Muitos amigos se afastaram de mim(...)".

"Tem funcionário que diz que trabalha no Nereu e as pessoas se afastam".

"Eu estou passando um sufoco, o pessoal (amigos) está me deixando porque eu estou fazendo aquilo que eu gosto".

As questões morais que rondam a doença e o doente de AIDS também são lembradas pela equipe de saúde.

Verifica-se o que é dito por Nicoletti (1992) ao afirmar que, além da transmissão hetero e homossexual, no Brasil, outros fatores como as drogas, o comércio de sangue, o machismo e as relações de poder entre o homem e a mulher agravam a situação e reforçam os preconceitos e estereótipos diante dos temas vinculados à AIDS, como a morte e a sexualidade.

"Muitos dos meus amigos não estão sensibilizados com a doença, principalmente por ela envolver tantos aspectos morais das pessoas...".

Alguns confundem o doente estigmatizado com alguém que não é totalmente humano.

Goffman (1982) coloca que geralmente acredita-se que alguém com um estigma não seja completamente humano.

Esta categorização é sentida, de certa forma, pelos profissionais do HNR.

"Eu falo normalmente com os pacientes quando encontro algum na rua. Se tem alguém comigo, em geral me perguntam": "Como estás

falando com aquela pessoa que tem aquela doença"?

"Existe muita curiosidade da sociedade de saber como eles são. Se eles são diferentes da gente".

6.3.1 Síntese

Na relação do profissional de saúde com a sociedade, é possível constatar que o estigma que sofre o doente de AIDS, se estende ao Hospital Nereu Ramos, por tratar tais pacientes.

A família dos profissionais que lidam com os doentes, apresenta reações contrárias a este trabalho e, manifestam muita preocupação e medo, o que muitas vezes é utilizado como forma de esconder o preconceito. Com o tempo, e o maior conhecimento do que é a AIDS, a família, em geral passa a apoiar o seu componente que vive em contato com o portador da AIDS.

Já o grupo de amigos, apresenta de forma mais explícita a discriminação que faz do doente e transfere, em muitos casos, para os membros da equipe de saúde do HNR,

que passa a sofrer com o afastamento dos amigos e com a estigmatização que sente por parte deles. Esta estigmatização nasce da proximidade que tem com o doente, o que para muitos transforma o profissional também num "quase" doente.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da experiência vivenciada dentro do hospital e dos contatos feitos com os profissionais de saúde do HNR, pude chegar às seguintes constatações:

- os profissionais do HNR percebem a discriminação por que passa o doente de AIDS na sociedade;

- o Hospital Nereu Ramos é, também, estigmatizado por tratar doentes de AIDS;

- a equipe de saúde, no contato com o doente, passa a ter que enfrentar o seu próprio preconceito;

- a relação entre o profissional de saúde e o doente é permeada por inúmeros sentimentos como o medo da morte e a sensação de impotência e de limitação da vida humana;

- o profissional de saúde, diante do doente de AIDS, revive suas experiências de vida e as de seus familiares;

- o vislumbrar da própria morte, através da morte do outro, encaminha para uma forma mais humana e solidária de enfrentar a vida;

- existe, muitas vezes, despreparo emocional dos profissionais para tratar com os doentes, o que é agravado pela falta de apoio institucional;

- dentro do HNR existe ainda, embora de forma velada, certa discriminação dos profissionais que não trabalham

diretamente com os doentes em relação aos que lidam com eles;

- as outras instituições de saúde não escondem o preconceito e muitas vezes dificultam o atendimento aos doentes encaminhados pelo HNR;

- os profissionais do hospital que vivem em contato com os doentes de AIDS são questionados quanto ao seu trabalho pelas suas famílias que mostram medo e preocupação. O sentimento de medo está, quase sempre, ligado à desinformação e ao conteúdo "moral" que contém a doença. Além disso, é difícil discernir o que é medo e desinformação, do preconceito e da estigmatização;

- muitos dos profissionais do HNR passam, por causa da proximidade com o doente de AIDS, a também serem, de alguma forma, estigmatizados, sendo até mesmo isolados, sofrendo com o afastamento de amigos.

Pude observar também que as mudanças ocorridas no HNR ao longo dos anos foram, em geral, não-planejadas, ocorrendo como resposta às necessidades surgidas no decorrer do tempo, como forma de reação e adaptação às situações existentes, e tendo como base o surgimento de novas patologias.

A AIDS provocou mudanças na organização via alterações nas atitudes individuais. Por exemplo, passou a existir um forte trabalho interdisciplinar, e folgas extras são concedidas aos profissionais da unidade de HIV. Estas

mudanças alteraram comportamentos, atitudes, percepções e expectativas nas próprias pessoas, gerando novas necessidades e novas formas de trabalho.

As mudanças, têm incentivado o constante aprendizado e autoconhecimento do grupo de trabalho, tanto individualmente, através da participação em eventos e cursos, quanto em grupo, por meio de treinamentos constantes e sistemáticos, além do trabalho conjunto dos profissionais das diversas áreas que atuam no hospital, com discussão de casos e visitas conjuntas aos doentes.

Para explicar o processo de mudança no caso do Hospital Nereu Ramos, é preciso levar em conta o contexto político em que as decisões são tomadas, bem como os aspectos históricos, processuais e contextuais, pois as mudanças ocorridas estão diretamente ligadas a um fenômeno mundial, a AIDS. Além disso, o hospital é totalmente dependente da Secretaria de Saúde do Estado, não possuindo autonomia financeira nem administrativa. Portanto, nenhum episódio pode ser explicado à margem deste referencial, sendo necessário considerar, ainda, que se trata de um hospital basicamente de atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde), tratando doentes que não possuem, em geral, acesso a atendimento particular.

O HNR possui diferentes objetivos. Observou-se que a compreensão destes objetivos varia de acordo com o âmbito de atuação do profissional dentro do hospital. Alguns

consideram como objetivo do hospital a cura dos doentes, outros o bom atendimento, outros ainda colocam que o objetivo do hospital é trabalhar corretamente. Mas deixa a desejar por assumir uma postura paternalista diante dos doentes, o que em muitos casos pode não contribuir para uma melhor sobrevida do paciente.

Com base na análise dos dados, pôde-se verificar que as relações estabelecidas entre enfermeiro e médico e o paciente são, principalmente, não-formais e carregadas de componentes emocionais que variam com as vivências individuais, permeadas por inúmeros sentimentos de insegurança, incerteza, afetos e identificações. No caso do HNR, os impactos sobre os indivíduos no ambiente de trabalho precisam ser compreendidos e identificados, pois exercem influência fundamental nas relações entre os diferentes grupos, comprovando que, basicamente, o hospital é um "sistema homem".

A relação do profissional de saúde com o doente de AIDS, no HNR, é uma relação complexa, influenciada pela realidade em que está inserida a doença e também pelas características do doente. A identificação da AIDS com a morte, no HNR, é uma realidade constante, o que traz à tona o medo que todo ser humano tem da sua finitude. A proximidade com a morte das outras pessoas faz com que aqueles que a presenciam se lembrem da sua morte e tenham que conviver diariamente com este "fantasma".

A sensação de impotência que toma conta da pessoa que assiste um doente incurável mostra a fragilidade humana que sempre desejamos esconder. Diante disso, o profissional de saúde é impulsionado a buscar meios de suportar tal realidade, o que faz com que ele encontre um novo sentido para sua vida, e assuma comportamentos mais ligados à valorização da vida e do ser humano. Estes novos valores e comportamentos, no caso do HNR, se traduzem na busca de novos conhecimentos, na consciência da necessidade da prevenção da AIDS e na difusão desta consciência, na consideração do doente como ser humano que precisa ser respeitado. E, mais ainda, no exercício de autoconhecimento e solidariedade.

A categorização da AIDS como uma doença ligada a comportamentos desvalorizados pela sociedade e sua conseqüente estigmatização é amplamente sentida pelos funcionários. Fazendo parte de uma sociedade que é capaz de excluir o doente, os profissionais de saúde do HNR lutam contra seus preconceitos internos, e aprendem a enfrentá-los no encontro diário com o drogado, o homossexual, o presidiário, a prostituta e todos aqueles que, enfim, são infectados pelo vírus da AIDS e carregam consigo o drama de possuir uma doença ainda mortal.

Os profissionais do HNR sofrem também o preconceito de outros profissionais de saúde de outras instituições na medida em que o HNR é identificado como um hospital de

doentes de AIDS. Assim, o trabalho no hospital fica dificultado no seu principal objetivo que é o de preservar a vida humana. Como muitos me disseram, "é muito difícil trabalhar aqui para salvar vidas, é difícil conseguir um leito na UTI de outro hospital e difícil encaminhar um paciente. Muitos infectados que possuem outra doença qualquer acabam vindo para cá porque têm AIDS, e eles poderiam muito bem serem atendidos em outro hospital".

A família daqueles que trabalham no HNR junto ao doente de AIDS possui, inicialmente, muito medo. Este medo, com o tempo e a maior informação sobre os procedimentos do hospital e as formas de contaminação, é amenizado, e muitos passam a compreender e a aceitar o trabalho.

Os amigos do pessoal que trabalha com os doentes ainda possuem um maior desconhecimento a respeito. Isso gera mais preconceito, medo e fantasia sobre a doença e o doente. Assim, muitas vezes eles passam a estigmatizar a pessoa que trabalha com o doente, se afastando e isolando-o.

Conforme colocado na fundamentação teórica desta pesquisa, as questões relacionadas com a AIDS englobam principalmente aspectos ligados à sexualidade, à morte, às relações sociais e à saúde pública. O que impulsiona a necessidade de uma reflexão sobre seus reflexos nas relações das pessoas.

Tal como Souza (1989), neste estudo também, foi observado que a ansiedade relacionada à AIDS está

parcialmente vinculada a algumas características da doença e às especulações sobre a morte dos infectados.

Sem dúvida, a falta de informação e a divulgação nem sempre adequada a respeito da doença têm gerado na população, em geral, medo e preconceito e estimulam a estigmatização do doente e daqueles próximos a eles.

Ao lidar com um problema ainda novo, os profissionais de saúde ficam expostos a uma acentuada carga de estresse. Este estresse é potencializado pela falta de preparação na formação dos profissionais e também pela falta de suporte institucional e de acompanhamento ao funcionário. Fato que não é exclusivo do HNR, mas um problema geral nas instituições hospitalares e que é sentido pelos que vivem diariamente sob o impacto da doença e da morte.

A representação social da AIDS está carregada de elementos que provocam sentimentos de culpa, medos, mistérios, ligados à dor, ao sofrimento e à morte, trazendo à tona preconceitos morais existentes na sociedade.

O doente de AIDS é, de alguma maneira distinto dos outros, pois nenhuma outra doença provocou tantas discussões, manifestações e atos tão antagônicos na sociedade.

As mudanças e os impactos nas relações sociais, mais propriamente nas relações interpessoais, que são causados pelo fenômeno da AIDS, no ambiente hospitalar, precisam ser mais profundamente analisados em todos os seus aspectos de

forma mais abrangente. Principalmente porque as relações travadas pelos profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS, tanto com o doente como com a família dos profissionais, os amigos e a sociedade em geral, são relações fundamentais para a sua existência.

Na relação entre os profissionais de saúde, tanto dentro do HNR como com os profissionais de outras instituições, foi possível detectar que, ainda hoje, a AIDS causa medo naqueles que entram em contato com a doença. No HNR este medo é amenizado pelo maior conhecimento e pelo maior contato com a doença e o doente, o que favorece a desmistificação do fenômeno e uma compreensão mais profunda desta realidade que causa tanto temor. Quanto aos profissionais de outras instituições de saúde, na percepção dos profissionais do HNR, há preconceito e muita dificuldade de um trabalho conjunto, principalmente no que se refere ao encaminhamento de doentes que necessitam de atendimento em outros hospitais.

Na relação dos profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS no HNR com suas famílias existe um medo inicial muito forte que diminui com o passar do tempo, com o diálogo a respeito da doença e com uma maior informação sobre as formas de transmissão. Este medo demonstrado pelos familiares esconde, na verdade, o preconceito e a discriminação sofridos por aqueles que carregam consigo o vírus da AIDS, e que de certa forma se

espalha para os profissionais que trabalham com eles. No entanto, a família tende a compreender e a apoiar a atitude do seu membro que passa a trabalhar com um doente. Esta não é, de forma geral, exatamente a mesma reação dos amigos e da sociedade, pois, em muitos casos, assumem um comportamento de afastamento e passam a considerar o profissional do HNR, por ser este hospital identificado com a AIDS, alguém distinto, visto quase como um doente. Ou seja, a estigmatização sofrida pelo portador do HIV transmite-se para as pessoas que dele estão próximas, passando assim o profissional de saúde a ser isolado por alguns e questionado por outros, que não vêem o doente como pessoa, mas como alguém com uma marca que o diferencia dos outros seres humanos.

A principal relação verificada é a relação entre profissional de saúde e doente. Isto se pode perceber até mesmo pelo espaço que naturalmente foi dedicado nesta pesquisa a tal relação. Ela é permeada por muitos sentimentos, muitas vezes não identificados claramente pela equipe de saúde.

A primeira percepção dos profissionais é o reconhecimento do estigma e da discriminação que sofrem os doentes de AIDS na sociedade e também dentro das suas famílias. Reconhecem ainda que eles mesmos possuem preconceitos que vão se amenizando a partir do face-a-face com o doente e no enfrentamento dos medos e das

fragilidades humanas. Esta experiência coloca os profissionais de saúde diante da impotência humana e dos limites da vida. A morte do doente faz com que aqueles que a presenciam visualizem a sua morte e a morte das pessoas próximas.

Tal realidade é agravada pela falta de preparo dos profissionais e pela não-existência de suporte institucional que dê apoio emocional e psicológico aos funcionários que muitas vezes não possuem condições pessoais de suportar a carga de estresse decorrente destas situações limite.

A percepção do estigma da AIDS, o enfrentamento dos próprios preconceitos, o medo da morte e a vivência da condição limitada da vida humana concreta - que são experimentados no face-a-face com o doente que tem um nome, uma história, a exemplo daquele que o trata - tendem a construir formas mais solidárias e compreensivas do ser humano, possibilitando a estes uma visão do homem e do mundo mais real.

Sendo os profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS, pessoas como qualquer um de nós, portanto com desejos e necessidades, dão-nos, inegavelmente o testemunho vivo de que se pode aprender a conviver com a impotência, exigência maior para o homem que é desejo profundo de imortalidade.

Enquanto fui elaborando minhas constatações finais, surgiram, naturalmente, alguns tópicos que considerei dignos de destaque e algumas questões que se impuseram como significativas de registro neste trabalho:

- A aproximação desmistifica. No caso, ameniza o medo, ajuda a hierarquizar valores de vida, chegando em algumas situações, a dar sentido à vida e à morte. Em menor grau, porém, parece congelar, petrificar.

- A maioria das pessoas, no contato direto com o doente e a doença, parece aprender melhor a conviver com a experiência de impotência.

- Pude constatar que não só o paciente, mas também aqueles que com eles convivem, no caso os profissionais de saúde, passam também a serem estigmatizados.

- Diante de um quadro, que não posso esconder, revelador da miserabilidade humana, chamou-me a atenção a coragem daqueles que são capazes de morrer vivendo e a dor de viver morrendo.

- Pareceu-me muito claro que falta, por parte do hospital, um serviço de apoio permanente e sistemático, de acompanhamento terapêutico aos seus profissionais que se dedicam a este trabalho. Estranho demais para uma instituição que é "hospedagem" e onde, portanto, o hospedeiro - o profissional de saúde - precisa bem acolher seu hóspede e ter resguardada com cuidado especial sua saudabilidade. Parece-me importante que o hospital consiga

albergar tantos pacientes e conte com um bom número de pessoas que a eles se dedicam, porém tudo está a demonstrar (dificuldade de contratação de pessoal para apoio terapêutico, baixos salários, falta de UTI, etc...) que a política de saúde brasileira está insalubre e não é cidadã.

8 QUESTÕES EM ABERTO

Ao construir este estudo, ponto a ponto, pressenti que haveria muito a aprofundar e seria por demais importante fazê-lo, não só pelo tema, mas, sobretudo, pela realidade que ele me permitiu vislumbrar. Os limites de um mestrando e de uma dissertação de mestrado não me permitiram realizá-lo. Porém, fez luz, o que poderá valer como canal condutor de um diálogo mais rigoroso com a realidade tratada e, quem sabe, possa valer como estímulo de diálogo com outros interlocutores.

Se me perguntarem como me senti diante desta realidade com a qual me defrontei, posso dizer que muitas vezes senti vontade de me esquivar, muitas vezes desejei mudar de rumo e permanecer apenas no estudo teórico do contexto da doença, mas, também, muitas vezes me admirei com a capacidade, seriedade e abnegação dos profissionais com os quais tive contato.

Por outro lado, muitas questões foram suscitadas e ficaram em aberto, parecendo-me que poderiam ser motivo de novas investigações. Cito algumas delas:

- O que faz com que determinados profissionais se dediquem a trabalhar com doença tão estigmatizada e estigmatizante?

- Do ponto de vista humano/profissional, todos os entrevistados deveriam continuar trabalhando com os doentes? Se não, o que isso revela e o que isso exigiria de estudos e mudanças?

- Por que os profissionais com menos preparo intelectual são os mais sensíveis e os melhores aprendizes na convivência com os doentes, como me foi dado constatar?

- Por que, diante da doença, alguns aprendem a melhor viver? Qual seria a raiz explicativa de tal fenômeno?

- Será que as constatações e indagações a que cheguei na travessia deste trabalho serão restritas a este caso, ou este caso está a sugerir que muito do referencial teórico aqui utilizado e dos depoimentos colhidos sinaliza aspectos mais universais e mais íntimos ao homem e à sociedade dos homens?

Mesmo com tantas questões em aberto, posso dizer que as diferentes formas de expressão e compreensão do fenômeno da AIDS mostram, de maneira bastante clara, sua grande importância hoje na sociedade. De um modo ou de outro, todos se sentem por ela atingidos, seja pelo medo da morte, seja pelo preconceito, ou ainda pelo seu significado no campo da moral. Muito ainda precisa ser desvelado. Muitos "fantasmas" precisam ser desmascarados para que se encontre

sua verdadeira face. Uma face da vida mais integradora e menos excludente, em que a morte dê um sentido novo e um significado mais real à própria condição humana.

9 LIMITES DA PESQUISA

Muitos são os limites colocados quando alguém se dispõe a estudar uma realidade tão complexa e dolorosa como a que se insere o doente de AIDS, a doença e todas as pessoas que convivem, de alguma forma, com ela.

Dentre os inúmeros limites que se apresentam posso destacar os que resultam da minha visão a respeito do problema, meus preconceitos, meus medos e também minha vontade de transformação dos estigmas existentes. Assim como o enorme conteúdo emocional dos depoimentos colhidos.

Também a impossibilidade de generalização dos resultados se traduz num grande limite, embora, como salientei anteriormente, ficou como questão em aberto saber se os resultados a que cheguei não são próprios de uma situação real que é vivida por muitos, e, portanto, podem ser encontrados em outros hospitais e na vida.

Ainda é importante colocar que o tempo estabelecido e possível para a realização do mestrado, foi pequeno para caso estudado, mas, permitiu a abertura de espaços para novas buscas para a compreensão do tema. O tempo foi curto para enfrentar tantos significados e aprofundar situações de tanta controvérsia e conflito, seja individual, grupal

ou socialmente. Porém, as conclusões alcançadas e as questões deixadas em aberto indicam que existe, ainda, um enorme caminho a ser percorrido.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLPORT, G. W. **Desenvolvimento da personalidade**. São Paulo: Herder, 1962.
- ALVES, P. C. A perspectiva da análise social no campo da saúde: aspectos metodológicos. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1995.
- ANDRADE, S. M. O. de. Opinião sobre AIDS e possíveis mudanças de comportamento de heterossexuais masculinos. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 7(1): 45-68, jan./mar., 1991.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- BASTOS, F. I. et al. O não-dito da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(1): 90-96, jan./mar., 1993.
- BECKER, E. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.
- BERGER, P. L., e LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1985.

- BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1989.
- BORBA, V. R. **Administração hospitalar: princípios básicos**. São Paulo: Cedas, 1991.
- BUARQUE, C. **A cortina de ouro: os sustos do final do século e um sonho para o próximo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Moraes, 1977.
- CAMÕES, L. V. **Camões: verso e prosa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- CASSORIA, R. M. S. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M. et al. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Cooperação Brasil-França: ENSP, 1995.
- CHANLAT, Jean-François. Por uma antropologia da condição humana nas organizações. In: **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1992.
- CUNHA, C. J. A., FINCKLER, D. M., ALPERSTEDT, G. e, CUNHA M. S. Impacto da AIDS nas relações sociais: o caso do hospital Nereu Ramos. **16º Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Piracicaba: UNIMEP, 1996.
- CUNHA, J. A. **Filosofia: iniciação à investigação filosófica**. São Paulo: Atual, 1992.

ESCOTTO, A. et al. Sexo preventivo: uma questão de saúde e educação. **Saúde, Sexo e Educação**, 199?.

FALCÃO, D. Infecção de HIV por droga é maior nos portos.

Jornal Folha de São Paulo, março 1997a.

_____. AIDS atinge mais de 100 mil. **Jornal Folha de São Paulo**, abril, 1997b.

FERGUNSON, M. **A conspiração aquariana**. São Paulo: Record, 1991

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FREITAS, L. V. O ser humano: entre a vida e a morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

FRITZEN, S. J. **Relações humanas interpessoais: nas convivências grupais e comunitárias**. Petrópolis: Vozes, 1996.

FROMM, E. **Análise do homem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1983.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia: romance da história da filosofia**. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GONÇALVES, E. L. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.

- GOULART, F. A. A. Representações sociais, ação política e cidadania. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(4): 477-486, out./dez., 1993.
- GRADY, C. Ethical issues in providing nursing care to human immunodeficiency virus - infected populations. **Nursing Clinics of North America**, v. 24. n. 2, June, 1989.
- GRECO, D. B. et. al. O caso da AIDS: epidemia da doença, epidemia do medo e seus sub-produtos. In: BUSCHINELLI, J. T. et. al. **Isto é trabalho de gente?** São Paulo: Vozes, 1994.
- GUARIENTI, A. C. Dados estatísticos e informações sobre AIDS - 1994. In: **Excluídos: algumas abordagens para reflexão**. Universidade Católica de Pelotas: EDUCAT, 1995.
- HANAN, J. **A percepção social da AIDS: raízes do preconceito e da discriminação**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- HEIDEGGER, M. **El ser y el tiempo**. Fondo de cultura econômica: México, 1971.
- JOFFE, H. "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

- KAST, F. E., ROSENZWEIG, J. E. **Organização e administração:** um enfoque sistêmico. São Paulo: Pioneira, 1976.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- KOTTER, J. P., SCHLESINGER, L. **A escolha de estratégias para mudança.** São Paulo: Nova Cultura, 1986.
- KOVÁCS, M. J. Representações da morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992a.
- KOVÁCS, M. J. Medo da morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992b.
- KOVÁCS, M. J. Atitudes diante da morte - visão histórica, social e cultural. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992c.
- KOVÁCS, M. J. Morte, separação, perdas e o processo de luto. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992d.
- KOVÁCS, M. J. Paciente terminal e a questão da morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992e.
- KOVÁCS, M. J. Profissionais de saúde diante da morte. In: KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992f.

- LANGONE, A. e VIEIRA, N. **SIDA/AIDS: a ação integrada como receita de vida**. Porto Alegre: AGE, 1995.
- LEÃO, N. Paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: ROMANO, B. W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.
- LIMA, S. M. L. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(4): 38-64, out./dez., 1994.
- LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACRAE, E. AIDS - Prevenção ou novo tipo de segregacionismo? Temas IMESC, **Sociedade Direito e Saúde**, São Paulo, 4(1): 73-81, 1987.
- MARIN, H. F. et. al. **AIDS e enfermagem obstétrica**. EPU, 1991.
- MARUYAMA, N. T. e RAMOS, D. L. de P. A discriminação no atendimento odontológico a pacientes HIV+. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 20, v. 20, n. 04, mai. 1996.
- MENDONÇA, E. P. **O mundo precisa de filosofia**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.
- , M. C. S. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. e

- JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MOUNIER, E. **O personalismo**. Santos: Martins Fontes, 1964.
- MOTTA, P. R. Doutrina de inovação em administração pública: a questão dos valores e diagnóstico e inovação organizacional. In: MOTTA, P.R., CARAVANTES, G.R. **Planejamento organizacional: dimensões sistêmico-gerenciais**. Porto Alegre: FGV, 1979.
- NICOLETTI, E. A. AIDS no contexto hospitalar. In: ANGERAMICAMON, V. A. et al. **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1992.
- OLIVEIRA, J. M. de. **Gerência em saúde e concepções sobre natureza humana nas organizações: a visão dos diretores de hospitais gerais do município de Campinas**. São Paulo: EAESP/FGV, 1995. (Dissertação de Mestrado).
- PÁDUA, I. M. de. SIDA, doença estigmatizante. **Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 35(1): 22-27, jan./abr., 1986.
- PAIVA V. e ALONSO, L. Em tempos de AIDS: viva a vida. In: PAIVA, V. **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992.
- PARKER, R. A. et al. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1993.
- PICHON-RIVIÈRE, H. **Teoria do vínculo**. Martins Fontes: São Paulo, 1995.

- PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PROENÇA, R. P. C. et al. Mudança e adaptação organizacional: o caso do hospital Nereu Ramos. Anais do 19º **Encontro Nacional da ANPAD**. João Pessoa: PPGA/UFPB, v. 9, p. 330-347, 1995.
- RAMOS, A. G. Modelos de homem e teoria administrativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 18(2): 3-12, abr/jun., 1984.
- REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.
- RICHARDSON, R. J. e colaboradores. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- RODRIGUES, L. G. M. AIDS - A face da discriminação. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde, ano II, n. 5, semana epidemiológica 44 a 47, 1988.
- RODRIGUES FILHO, J. Performance das organizações de saúde - uma agenda para pesquisa. In: **Encontro Nacional da ANPAD**, 1990, Belo Horizonte. Anais, v.6, p.273-285.
- SARTRE, J-P, FERREIRA, V. **O existencialismo é um humanismo**. Lisboa: Presença, 1970.
- SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(3): 349-363, jul./set., 1993.

- SCHON, D. **Beyond the Stable State**. New York: The Norton Library, 1971.
- SICHES, R. **Tratado de sociologia**. Porto Alegre: Globo, 1962.
- SOUZA-FILHO, E. A. & HENNING, M. G. Representações sociais da AIDS, práticas sexuais e vida social entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8(40): 428-441, out./dez., 1992.
- SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9(3): 300-308, jul/set, 1993.
- STONER, J. A. F. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1985.
- TOFFLER, A. **Powershift: as mudanças do poder**. Rio de Janeiro: Record, 1993.
- TORRES, W. C. et al. **A psicologia e a morte**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1983.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.
- WEBER, M. **Conceitos básicos de sociologia**. São Paulo: Moraes, 1989.
- WESTRUPP, M. H. et. al. A AIDS - doença infecciosa, impactos sobre a assistência. IN: GHELLRE, T. et al.

Centro cirúrgico: aspectos fundamentais para a enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1993.

WIESE, L. V. Os processos de interação Social. In: CARDOSO, F. H e IANNI, O. **Homem e sociedade.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1977.

YIN, R.K. 'Case Study Research: design and methods.' In: **Applied Social Research Methods Series.** V.5. USA: Sage Publications, 1990.